

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**GICÉLIA MARIA SIMPLICIO DE SANTANA**

**DA UTOPIA AO DESENCANTO E DO DESENCANTO À ESPERANÇA:  
IMPRESSÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À  
LUZ DA HISTÓRIA ORAL**

**JOÃO PESSOA – PB**

**2010**

GICÉLIA MARIA SIMPLICIO DE SANTANA

DA UTOPIA AO DESENCANTO E DO DESENCANTO À ESPERANÇA: IMPRESSÕES  
DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DA HISTÓRIA  
ORAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lenilde Duarte de Sá

João Pessoa – PB

2010

S232d Santana, Gicélia Maria Simplicio de.  
*Da utopia ao desencanto e do desencanto à  
esperança: impressões de profissionais da  
estratégia saúde da família à luz da história oral /  
Gicélia Maria Simplicio de Santana.-- João Pessoa,  
2010.*

213f.

*Orientadora: Lenilde Duarte de Sá  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS*

*1. Enfermagem. 2. Saúde da família. 3.  
Estratégia Saúde da Família – Campina  
Grande(PB). 4. PSF – 1994-2006 – Campina  
Grande(PB). 5. Políticas de saúde.*

**GICÉLIA MARIA SIMPLICIO DE SANTANA**

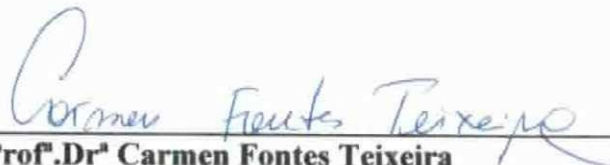
**DA UTOPIA AO DESENCANTO  
E DO DESENCANTO À ESPERANÇA: IMPRESSÕES DE  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
À LUZ DA HISTÓRIA ORAL**

Aprovada em: 29 de Janeiro de 2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª.Drª. Lenilde Duarte de Sá**  
(ORIENTADORA - UFPB)



---

**Profª.Drª Carmen Fontes Teixeira**  
(MEMBRO EXTERNO - UFBA)



---

**Prof. Dr. Artur Perrussi**  
(MEMBRO EXTERNO - UFPB)



---

**Profª.Drª. Neuza Collet**  
(MEMBRO SUPLENTE -UFPB)

**João Pessoa – PB  
2010**

*Dedico a Mariana e Clarice,  
sem dúvida a melhor produção que fiz  
na vida com todo amor.*

## AGRADECIMENTOS

À **Lenilde**, minha querida orientadora, com seu entusiasmo me fez ter esperança e reacreditar na utopia quando eu apenas via desencanto. De onde só existiam cinzas surgiu uma Fênix.

À **Carmen Teixeira, Artur Perrussi, Neusa Collet e Djair Dias** pelas valiosíssimas contribuições.

A **Fred**, pelo amor, estímulo, paciência, respeito e apoio incondicional.

À **Rayanne** pela ajuda, estímulo e partilha na elaboração do trabalho.

À **Lu**, minha amiga querida, companheira de utopias e cotidianos, sem a qual eu e o PSF de Campina Grande não seriam os mesmos.

À **minha mãe** referência materna e feminina que me proporcionou o melhor para que eu chegasse até aqui.

Às amigas queridas que estiveram comigo nas utopias e desencantos **Ana Fábria, Joselita, Bernadete, Tetê e Giovana**.

Às **minhas irmãs** que sempre torceram por mim.

À **Márcia Rique** que mantém um frescor juvenil e utópico nestes longos anos de amizade. Obrigada também pela acolhida.

Às minhas mais “jovens” e “novas” amigas **Anthoniany e Gisele**, que me deram o delicioso sabor de amigos e sala de aula.

À **“Su”** que me deu o suporte doméstico cuidando da minha casa e filhas quando precisei.

Aos colegas da UNESCO, pela solidariedade na minha caminhada, especialmente a **Marina Lellis, Jank Land, Francisco Paulo e Luzibênia**.

Às **“amigas da quarta”**, que dividiram tão bem os encantos e desencantos desta e de outras jornadas.

Às contribuições valorosíssimas de **Maristela e Rayanne** para melhorar este trabalho.

A **André Luis**, pelo seu apoio sempre que precisei.

Em especial às **colaboradoras deste estudo**, mulheres valentes, que se dedicaram à construção deste projeto.

A **Deus e Nossa Senhora de Nazaré**, que atenderam minhas preces e me mostraram o melhor caminho.

“Como sei pouco, e sou pouco,  
faço o pouco que me cabe  
me dando inteiro.  
Sabendo que não vou ver  
a mulher que quero ser

Já sofri o suficiente  
para não enganar a ninguém:  
principalmente aos que sofrem  
na própria vida, a garra  
da opressão, e nem sabem.

Não tenho o Sol escondido  
no meu bolso de palavras.  
Sou simplesmente uma Mulher  
para quem já a primeira  
e desolada pessoa  
do singular foi deixando,  
devagar, sofredamente  
de ser, para transformar-se  
muito mais sofredamente  
na primeira e profunda pessoa  
do plural

Não importa que doa: é tempo  
de avançar de mão dada  
com quem vai no mesmo  
rumo,  
mesmo que longe ainda esteja  
de aprender a conjugar  
o verbo amar.

É tempo sobretudo  
de deixar de ser apenas  
a solitária vanguarda  
de nós mesmos.  
Se trata de ir ao encontro.  
(Dura no peito, arde a límpida verdade dos nossos erros)  
Se trata de abrir o rumo.

Os que virão, serão povo,  
e saber serão, lutando.”

(Thiago de Mello)

## RESUMO

Em 1994, Campina Grande-PB foi um dos primeiros municípios do Brasil a implantar o Programa Saúde da Família. Anos mais tarde tornou-se Estratégia Saúde da Família por ser reconhecida como importante para a construção de um novo modelo de atenção à saúde a partir da reorganização dos serviços da atenção básica. Este estudo teve por objetivo revelar as impressões dos profissionais pioneiros da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, à luz da história oral. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como método a história oral temática. Participaram como colaboradores dez profissionais, de nível superior, integrantes das cinco equipes pioneiras do Programa Saúde da Família do município de Campina Grande-PB. Após a análise do *corpus documental* emergiram quatro eixos temáticos: As equipes pioneiras e a esperança da concretização do SUS por meio da estratégia saúde da família; O desenvolvimento do PSF em Campina Grande – 1994 a 2006; A gestão petista na saúde e viabilização do Saúde da Família como modelo de atenção: desejos, avanços e limitações; A Estratégia Saúde da Família após a gestão petista: do desencanto à esperança. Mediante a análise observou-se que o grupo pioneiro do Saúde da Família de Campina Grande teve a marca da militância em defesa do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária, somados à formação político-ideológica. Perseguiam a utopia de transformar o Saúde da Família em um modelo de atenção. Essa esperança se fortaleceu com a reversão de alguns indicadores epidemiológicos. No segundo eixo temático foi possível reconhecer uma intensa mobilização dos profissionais. Com sua atuação criaram a Associação de Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande, implantaram os conselhos locais de saúde e construíram expectativas de alcançar os direitos sociais, decorrentes da pressão social. O fortalecimento da categoria dava-se em paralelo com os conflitos com os gestores em defesa do Saúde da Família. Esses conflitos envolviam diretamente os gestores que pouco se mostravam preparados e conhecedores do projeto saúde da família. No terceiro eixo temático verificou-se que a entrada de um sanitarista no cargo de secretário de saúde os profissionais tiveram revitalizadas as suas esperanças em fazer avançar o Saúde da Família e o SUS. Apesar dos avanços os colaboradores mostram os limites da gestão petista. O quarto eixo temático trata do arrefecimento das forças da categoria, a desarticulação dos profissionais e a significativa queda da capacidade de enfrentamento do poder local. Depois de mais de uma década de luta os colaboradores expressam o desencanto com a gestão da saúde atual. Porém, a maioria mostram-se esperançosas em relação aos avanços do SUS e do Saúde da Família. No desenho de uma nova história da saúde no município esperam contar com a força dos novos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família e com o apoio da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família. História. Política de Saúde



## ABSTRACT

In 1994, Campina Grande-PB was one of the first municipalities in Brazil to implement the Family Health Program. Years later became the Family Health Strategy to be recognized as important for the construction of a new model of health care from the reorganization of primary care services. This study aimed to reveal the impressions of professional pioneers of the Family Health Program in Campina Grande, in the light of oral history. This is a qualitative research method was used to oral history. Participated as ten professional staff, top-level teams of five members of the pioneering Family Health Program in Campina Grande-PB. After Corpus analysis four themes emerged: The pioneering teams and the hope of realizing the SUS by the family health strategy; The development of the PSF in Campina Grande - 1994 to 2006; PT management in the health and viability of the Health Family as a model of attention, desires, achievements and limitations; The Family Health Strategy after PT management: from disillusionment to hope. Through the analysis it was observed that the pioneer group of Family Health of Campina Grande had the brand of militancy in defense of the NHS and the principles of health reform, coupled with political and ideological training. Chasing the utopia of turning into a family health care model. This hope was strengthened by the reversal of some epidemiological indicators. In the second main theme was possible to recognize an intense mobilization of professionals. With his performance created the Association of Professional Family Health of Campina Grande, implanted the local health councils and built expectations of achieving social rights arising from social pressure. The strengthening of the category could be in parallel with the conflict with the managers on behalf of Family Health. These conflicts directly involved managers who just showed up prepared and knowledgeable family health project. In the third thematic area it was found that the entry of a health worker in the office of secretary of health professionals had revitalized their hopes of advancing to the Family Health and SUS. Despite advances employees show the limits of the management PT. The fourth theme is the cooling of the class forces, the dismantling of the professionals and significant decrease of the coping capacity of local government. After more than a decade of struggle employees express disenchantment with the current health management. However, most appear to be hopeful about the progress of SUS and Family Health. In designing a new health history in the city expects to rely on the strength of the new professionals working in family health teams and with the support of the population.

**KEYWORDS:** Family Health. History. Health Policy

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1.1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA.....	12
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	18
2.1	A NECESSÁRIA REDEFINIÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE E UTOPIAS ASSOCIADAS.....	18
2.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS POTENCIALIDADES PARA REVERSÃO DO MODELO DE ATENÇÃO.....	24
2.3	A GESTÃO PETISTA NA SAÚDE EM CAMPINA GRANDE E A RENOVAÇÃO DAS UTOPIAS .....	31
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	36
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	39
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	40
3.3	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL.....	40
3.4	LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	41
3.5	COLABORADORES DO ESTUDO.....	42
3.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DAS NARRAÇÕES.....	43
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	44
<b>4</b>	<b>NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	47
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E ANÁLISES</b> .....	95
5.1	AS EQUIPES PIONEIRAS E A ESPERANÇA DA CONCRETIZAÇÃO DO SUS POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	95
<b>5.1.1</b>	<b>O início do trabalho no PSF e o aprendizado das primeiras equipes</b> .....	95
<b>5.1.2</b>	<b>Os profissionais das primeiras equipes de PSF e suas expectativas</b> .....	104
<b>5.1.3</b>	<b>Sobre os enfrentamentos e desafios das primeiras equipes de Saúde da Família</b> .....	109
5.2	O DESENVOLVIMENTO DO PSF EM CAMPINA GRANDE – 1996 A 2002 .....	111
5.3	A GESTÃO PETISTA NA SAÚDE E VIABILIZAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE ATENÇÃO: DESEJOS, AVANÇOS E LIMITES .....	129
<b>5.3.1</b>	<b>Conflitos entre os trabalhadores do Saúde da Família e a gestão sanitária</b> .....	144
<b>5.3.2</b>	<b>A gestão sanitária avaliada pelos profissionais das equipes pioneiras</b> .....	151

5.4	EIXO TEMÁTICO IV: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS A GESTÃO PETISTA: DO DESENCANTO À ESPERANÇA .....	155
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	182
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	186
	<b>APÊNDICES</b> .....	198
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	199
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	201
	APÊNDICE C - CARTA DE CESSÃO.....	203
	<b>ANEXOS</b> .....	204

*O sonho*

*“Sonhe com aquilo que você quiser.*

*Seja o que você quiser ser,  
porque você possui apenas uma vida  
e nela só se tem uma chance  
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.  
Dificuldades para fazê-la humana.  
Tristeza para fazê-la humana.  
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.  
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades  
que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.  
Para aqueles que se machucam.  
Para aqueles que buscam e tentam sempre.  
E para aqueles que reconhecem  
a importância das pessoas que passam por suas vidas”.*

(Clarice Lispector)

**APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

No ano de 2003 o Partido dos Trabalhadores assumiu o governo do município de Campina Grande. Neste mesmo ano foi deflagrada a primeira paralisação dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) que reivindicavam melhores condições de trabalho, reposição salarial, manutenção de insumos e medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e garantia de referência e contra-referência. Este ato veio demonstrar o esgotamento da categoria diante dos problemas enfrentados desde a implantação do Programa no município de Campina Grande.

O movimento tornou-se emblemático, por acontecer poucos meses após o início da gestão petista e da posse de um secretário sanitário que contribuiria com as propostas do Sistema Único de Saúde. Naquele momento, a mobilização representava a capacidade de enfrentamento e organização dos trabalhadores em busca da garantia e manutenção da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup>.

O PSF foi implantado em Campina Grande, em 1994, propondo a reorganização do modelo assistencial em saúde, tendo como porta de entrada a Atenção Básica. Nessa época foram implantadas cinco equipes. O Programa Saúde da Família incorporou uma nova compreensão do processo saúde-doença, no qual o aspecto social era um dos fatores determinantes na relação da unidade de saúde com a comunidade. Os trabalhadores desta estratégia deveriam apresentar habilidades para conduzir um novo processo de trabalho que mudaria a forma de se relacionar com as pessoas e a comunidade.

O PSF foi criado pelo governo federal e implantado em Campina Grande por gestões vinculadas ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). No âmbito municipal, o grupo político que dirigia a Prefeitura já ocupava este espaço por aproximadamente vinte anos quando, estabeleceu uma aliança com o Partido dos Trabalhadores em 2001, reelegendo como prefeito C. C. L. e como vice-prefeita C. B., representante do PT.

No ano de 2003, o Governo Federal também passou a ser dirigido pelo Partido dos Trabalhadores (PT), tendo como presidente Luiz Inácio Lula da Silva. No ano anterior (2002), o prefeito C. C. L. deixa a o cargo, candidata-se e elege-se governador da Paraíba, fazendo com que C. B. assumisse em definitivo a Prefeitura de Campina Grande. O fato de o PT ter

---

<sup>1</sup> Utilizaremos PSF e ESF, respectivamente, por serem utilizadas pelo Ministério da Saúde em períodos distintos.

assumido a Presidência da República e a Prefeitura em Campina Grande gerou uma efervescência política e ampliou expectativas positivas para vários setores da gestão, em especial para o setor da saúde, fortalecendo a *utopia* de que os problemas acumulados nos anos anteriores seriam resolvidos dentro dos ideais da Reforma Sanitária.

Para assumir o cargo de Secretário da Saúde, C.B. convidou um sanitarista que foi bem recebido pelos trabalhadores. Esta reação deveu-se ao grupo da saúde no PSF reconhecer a capacidade técnica e política daquele gestor, trazendo a esperança de fazer avançar a saúde do município, cujo compromisso com a defesa do SUS e da Estratégia Saúde da Família, seriam fundamentais no redimensionamento de forças entre governo, profissionais e controle social.

A gestão do Secretário Sanitarista encontrou os profissionais do PSF em crise. Problemas que aumentaram gradativamente nos governos antecedentes a sua gestão, principalmente envolvendo questões gerenciais e políticas, que resultaram na falta de prioridade com a Atenção Básica. Os profissionais estavam insatisfeitos com a falta de condições de trabalho, ausência de estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde da Família, descontinuidade no processo de referência e contra referência, falta de insumos e medicamentos.

A crise também se manifestava na insatisfação dos usuários, que aumentavam a cobrança e pressão sobre os trabalhadores da Atenção Básica, os quais não tinham como enfrentar e solucionar as dificuldades na área adscrita, pois conviviam constantemente com violência, injustiças sociais, populações marginalizadas, número excessivo de famílias e sobrecarga de trabalho, o que aumentara por parte desses, o sentimento de limite.

Nos primeiros anos de sua implantação, o PSF representou um impacto epidemiológico que se traduziu na diminuição da morbimortalidade, melhoria dos indicadores epidemiológicos, sendo a principal estratégia da Atenção Básica para o SUS. Os índices de cobertura com o passar dos anos foram se estabilizando, mas tornaram-se insuficientes diante da estagnação dos fatores socioeconômicos não modificados, determinantes do processo saúde-doença.

A implantação de ações de caráter intersetorial passaram a ser necessárias, pois os condicionantes sociais, dentro de um conceito de saúde mais amplo contido nos princípios do SUS, não sofreram mudanças nos dez anos após a instalação do PSF. Implantação de saneamento básico, moradias adequadas, boa alimentação, lazer, trabalho, diminuição da violência doméstica e urbana não foram alcançadas e ultrapassavam os limites da capacidade técnica e de articulação política que podiam ser encaminhadas pelas Equipes de Saúde da

Família. Outros problemas foram identificados como: a dificuldade de se configurar um trabalho em equipe e a formação dos profissionais, baseada no modelo tradicional de atenção à saúde centrado na doença, no médico e no hospital.

Desde a sua implantação, o PSF fez nascer expectativas positivas nos profissionais das equipes pioneiras, que vislumbraram na estratégia a possibilidade de pôr em prática os princípios do SUS, em uma experiência inovadora no modo de se operar o trabalho, tendo como eixo norteador a Atenção Primária em Saúde (APS).

Como um programa que sofreu críticas e elogios desde sua implantação, um dos aspectos mais evidentes foi a ausência de uma política de recursos humanos para atender ao SUS expondo as contradições no processo de organização do trabalho em saúde.

A defasagem salarial, a desvalorização profissional, a falta de apoio e a ausência de respostas da Secretaria de Saúde às reivindicações foram fatores predisponentes para o ascendente desestímulo da categoria. Diante desse cenário, muito dos trabalhadores do PSF passaram a adoecer, desencadeando o processo de desencanto dos profissionais das equipes pioneiras com o projeto de atenção básica moldado pelo Programa Saúde da Família, o que acirrou a crise. O entusiasmo que antes caracterizava os profissionais cedeu lugar à doença, passando a desenvolver problemas de saúde como Síndrome de Burnout, Depressão, Hipertensão Arterial entre outras.

Os atores sociais das primeiras cinco equipes, cuja militância era conhecida no Estado em defesa da Reforma Sanitária defendiam que o modelo de atenção à saúde deveria ser o Saúde da Família. Ao longo de dez anos, haviam ocupado espaços políticos e técnicos de significativa importância e criado instituições para potencializar as ações de política de saúde local. Esses profissionais mostraram capacidade de enfrentamento junto ao Poder Público permitindo a articulação política da categoria e do confronto às adversidades na perspectiva de garantir o PSF e o SUS.

Esses profissionais vinham mudando a história da saúde no município de Campina Grande. Com trabalho e dedicação, conseguiram reverter indicadores, principalmente a mortalidade infantil. Com o apoio da comunidade, ampliaram o número de equipes de Saúde da Família e criaram a Associação de Profissionais de Saúde da Família em Campina Grande (ASPSF-CG) e a Rede de Apoio ao Saúde da Família.

Mesmo com toda história de lutas e com um gestor que representava avanços, o modelo idealizado de organização dos serviços não estava sendo alcançado. Os problemas mais básicos continuaram sem resolutividade, aumentando o sentimento de impotência dos trabalhadores e o desgaste iniciado bem antes da gestão petista. Estes movimentos de perdas e

ganhos conduziram a política local para novos acontecimentos que ocorreriam após o término da gestão petista.

Nas eleições municipais de 2004, o candidato eleito contou com apoio do setor da saúde, após ter sido assessorado pelo secretário sanitário. Com o início do governo em 2005, alguns técnicos e defensores do PSF são convidados a fazerem parte da gestão da Secretaria de Saúde, entre eles um ex-coordenador do PSF e uma médica pioneira do PSF que participara da Rede de Apoio e do Conselho Municipal de Saúde (CMS-CG) representando a ASPSF-CG.

Com a saída do sanitário, nos primeiros meses da nova gestão, a Rede de Apoio e a coordenação do PSF foram mantidas na sua formação original. No entanto, num processo silencioso, foi perdendo espaço de proposição e discussão, quando seus representantes passaram a não ser convidados ou convocados para participarem das reuniões e decisões da gestão. Os técnicos citados no parágrafo anterior se retiraram dos cargos que ocupavam e voltaram às UBSFs. A Rede de Apoio também se desfez e as esperanças em fazer do Saúde da Família um modelo de atenção à saúde, renovados com a entrada do gestor petista esmaeciam e passaram a dar lugar ao desencanto.

Em 2006, num processo intempestivo, foi decidida a regularização do vínculo de trabalho, que resultou na demissão de todos os trabalhadores e na realização de concurso público municipal. Dos profissionais que constituíram as cinco equipes pioneiras, 80% dos médicos, 20% dos enfermeiros, 80% dos auxiliares de enfermagem deixaram de atuar no PSF de Campina Grande, seja em razão da não aprovação no concurso público ou por divergências técnicas-políticas em relação à concepção do trabalho.

Neste período houve a expansão do PSF no município de 36% para 75% de cobertura populacional, sem valorização da exigência por um perfil profissional adequado, tampouco da cultura de conhecimento acumulada sobre este trabalho, o que, no nosso entendimento, gerou uma desestruturação da rede de trabalhadores anteriormente constituída, desarticulação da categoria, revelando contradições entre o que se construía desde meados da década de 1990 até o contexto do ano de 2006.

Este processo suscitou novas reflexões e práticas registradas nesse estudo para que não se percam, ao longo da história, como tantas outras experiências. O que aqui se colocam são relatos de experiências vivenciadas pelas equipes pioneiras do PSF de Campina Grande passíveis de serem avaliados, nos riscos, nos erros e acertos, próprios dos que começam um novo projeto. Investigando caminhos trilhados nessa experiência utilizando para isto a história oral dos atores que construíram essa prática, ou seja, os profissionais das cinco (05) equipes



pioneiras do Saúde da Família de Campina Grande.

Como uma das profissionais dessas primeiras equipes, depois dessa longa jornada pergunto: Quais as perspectivas, desafios, riscos e contradições que permearam este processo? O que significava o Saúde da Família para os profissionais de saúde? O que contam sobre esta estratégia no período que encerra o corte deste estudo compreendido entre 1994 e 2006? Qual são as impressões que ficaram da gestão petista e do contexto da nova gestão que assume em 2003? Ainda guardam utopias necessárias a fortalecer a consolidação do SUS?

Estes questionamentos levam a informar que o objeto deste estudo trata das impressões de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o período da história da saúde em Campina Grande, PB, iniciado no período de 1994 a 2006, relacionando-as as utopias e desencantos no processo de reversão do modelo de atenção em saúde. Neste objeto encerra-se a relevância e justificativa de sua realização.

## 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

### 1.2.1 Objetivo Geral

Revelar as impressões dos profissionais pioneiros da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, à luz da história oral.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Resgatar expectativas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande no período correspondente a 1994 e 2006;
- b) Caracterizar a gestão petista e sua relação com as utopias dos profissionais pioneiros da Estratégia Saúde da Família no período entre 2002 e 2004;
- c) Identificar os fatores que promoveram o desencanto dos profissionais pioneiros da Estratégia Saúde da Família em relação à gestão atual à saúde no município de Campina Grande;
- d) Revelar as esperanças dos profissionais pioneiros da Estratégia Saúde da Família, frente aos desafios da referida estratégia e do SUS.

*“Se uma história é uma semente, então somos o seu solo”*  
(Clarissa Pinkola Estes)

***FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA***

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A NECESSÁRIA REDEFINIÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE E UTOPIAS ASSOCIADAS

Esta subseção tem a intenção de discutir, com base no movimento da Reforma Sanitária e na história dos 20 anos do SUS, a necessária redefinição do modelo assistencial e as utopias que serviram de farol à sua concretude. Utopias criadas por teóricos e políticos comprometidos com o direito à saúde e abraçado por trabalhadores do SUS, formadores, militantes sociais e usuários. Segundo o Dicionário Houaiss utopia define-se como:

[...]qualquer descrição imaginativa de uma sociedade ideal, fundamentada em leis justas e em instituições político-econômicas verdadeiramente comprometidas com o bem-estar da coletividade, ‘Ou numa derivação de sentido, é um [...] projeto de natureza irrealizável; idéia generosa, porém impraticável; quimera, fantasia’. (HOUAISS, 2009, p,547)

No marxismo, utopia é modelo abstrato e imaginário de sociedade ideal, concebido como crítica à organização social existente, porém inexecutável por não estar vinculado às condições políticas e econômicas da realidade concreta, como na ideia de socialismo. Para sociólogos, como Karl Mannheim (1893-1947) ou filósofos como Ernst Bloch (1885-1977), projeto alternativo de organização social capaz de indicar potencialidades realizáveis e concretas em uma determinada ordem política constituída, contribuindo desta maneira para sua transformação. Löwy (1994) apresenta o conceito de utopia segundo Mannheim:

Aquelas idéias, representações e teorias, que aspiram uma outra realidade, uma realidade ainda inexistente. Têm, portanto, uma dimensão crítica ou de negação da ordem social existente e se orientam para sua ruptura. Deste modo, as utopias têm uma função subversiva, uma função crítica e, em alguns casos, uma função revolucionária. (LÖWY, 1994, p. 3).

“Mas, em tese, a utopia permite uma ligação entre o presente e o futuro, no momento em que ela se enraíza no presente em mudança, influenciando-o e sendo influenciada por ele” (ANDRIOLI, 2006, p. 01). Nessa perspectiva, tanto no que concerne a ser revolucionária, ou quanto a fazer a ligação entre o passado e futuro, podemos perceber no campo da saúde coletiva, a utopia por um novo modelo de saúde.

O direito à saúde no Brasil, a ser viabilizado como política social conformada historicamente nas sociedades capitalistas, contou com um amplo movimento por democratização, desencadeado a partir da década de 1970. O contexto de crise econômica na

década de 1980, bem como a força política dos atores sociais da Reforma Sanitária, configuraram um palco de disputa singular na história das políticas sociais do país, cuja principal reivindicação “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, foi garantida no texto da Constituição de 1988. No Brasil há certa confluência de concepções sobre a Atenção Primária e Atenção Básica. Sobre esta última Sousa e Hamann (2009) afirmam que:

No caso brasileiro, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doença e agravos. É, portanto, uma formulação típica o SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela estratégia do PSF, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. (SOUSA; HAMANN, 2009, p. 01).

Pode-se dizer que o movimento que deu origem ao SUS, apesar dos avanços no escopo da institucionalização dos direitos sociais, abrandou-se sem reverter a lógica de crescente desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Universalidade, equidade, integralidade e participação social, princípios do SUS que denotam forte compromisso ético com o bem comum, seguem como utopias realizáveis.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi iniciado no Brasil ditatorial da década de 1970 e seguiu sua marcha pela década de 1980, resignificando o papel da mobilização popular através da articulação de vários atores sociais envolvidos na construção de um projeto estratégico de reformulação de políticas públicas e organização dos serviços de saúde. Representava um movimento social em defesa da saúde e da qualidade de vida, cujas características anteriores eram: a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso.

A Reforma Sanitária representava um compromisso com o processo de democratização do país, visando à construção de uma consciência sanitária capaz de gerar um movimento contra-hegemônico aos interesses do capital, o que foi alcançado a partir aconteceu do acúmulo da correlação de forças com o propósito de criar uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema da saúde como um direito de cidadania.

Nos idos da década de 1980, Teixeira e Mendonça (1986) afirmam que com:

O rompimento com esse modelo hegemônico implica na conformação de uma nova consciência sanitária, em uma nova ética profissional, em um novo paradigma científico, fundado em uma teoria social da doença, e, finalmente, em uma transformação das práticas sanitárias. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1986, p. 231).

Esse processo foi vivenciado intensamente por intelectuais, estudantes, profissionais de saúde e outros atores sociais, fugindo dos espaços burocráticos que, ao longo dos anos, propuseram projetos de reformulação para assistência à saúde, dentro dos seus escritórios.

Em 1986, os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Saúde um direito de todos e um dever do Estado” (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989, p. 220) o qual se configurou como um marco histórico do movimento sanitário, destacando-se as seguintes proposições: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; Sistema Único de Saúde (SUS); participação popular; Constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 1999).

No ano de 1988 foi promulgada a Constituição Federal da República Brasileira, na qual se instaurou o arcabouço jurídico e institucional do SUS considerado como um dos mais avançados textos constitucionais. Esta Constituição é conhecida como a “Constituição cidadã” (SOUSA, 2002; p. 105). “Com ela, o SUS vem atender às propostas da Reforma Sanitária, cujas palavras de ordem são: ‘direito à saúde e à cidadania’ e os seus princípios fundamentais são: integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade” (TRAD; BASTOS, 1998, p. 430). Sobre a saúde na Constituição de 1988, Mendes (1999) afirma:

A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. (MENDES, 1999, p. 49).

O SUS, como processo social, apresenta dimensão política e ética e vem sendo construído em ambiente democrático, no qual se apresentam, dentro da arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados (MENDES, 1996). Para este autor, no SUS, além do processo social existem, as dimensões ideológicas e tecnológicas. Desta forma, para sua efetivação é preciso um aparato de técnicas que se estabeleça sobre um entendimento mais amplo acerca do processo saúde-doença e exija a queda de paradigmas centrados no hospital e no médico. Reconhece-se necessidade de tempo para a construção de um novo modelo de saúde que materialize os princípios e diretrizes do SUS.

A saúde precisa, desta forma, incorporar novas dimensões e se tornar responsável por conquistas que até então, se colocavam externas a ela; o sistema de saúde deve se relacionar com todas as forças políticas que caminham na mesma direção, como a defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária etc. O SUS, ao abraçar

este conceito, pressupõe ainda a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 299).

O SUS foi, posteriormente, regulamentado através das Leis nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e nº 8.142/90, nas quais foram preservadas conquistas constitucionais, “mantendo e aprofundando as suas ambiguidades, mas, também, reiterando, mais operativamente, os princípios da Reforma Sanitária incorporados na Carta Magna” (MENDES, 1996, p. 49).

Estas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde, estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador, regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular, formalizam o entendimento da saúde como área de “relevância pública” e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público, dentre outros vários princípios fundamentais do SUS. “Outros instrumentos têm sido utilizados para possibilitar a operacionalização do sistema, dentre eles as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, sob a forma de portaria”. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 303).

Embora apresente um histórico positivo, ao longo de vinte anos, a rede pública ainda enfrenta desafios, sendo os principais o seu subfinanciamento e a gestão. Esses são alguns dos temas da entrevista concedida à Agência Saúde pelo ministro da saúde José Gomes Temporão. Entende ele que o SUS, completando seus 20 anos, beneficia direta e indiretamente toda a população brasileira, sendo a maior política social em curso no país, o que se demonstra pela queda de mortalidade infantil, criação e ampliação de programas como Saúde da Família.

Ao ser questionado se o SUS é uma utopia e se a saúde é um direito de todos os cidadãos hoje, o ministro assim respondeu:

O SUS deixou de ser uma utopia e, hoje, é uma realidade. A saúde percebida como um direito está presente cada vez mais na consciência dos brasileiros e brasileiras. Também faz parte cada vez mais das ações dos governos, no objetivo de prestar um atendimento digno e adequado à população [...]. (INFORME ENSP, 2007, p. 01).

Apesar do Ministro da Saúde no Brasil afirmar que o SUS deixou de ser uma utopia e é hoje a demonstração da equidade no tocante à associação entre atenção primária à saúde e a atenção básica como sua expressão, há opiniões que negam o seu alcance, como se extrai dessa outra entrevista:

Setembro de 1978. Em Almaty (ex-Alma Ata), Cazaquistão, a conferência da Organização Mundial da Saúde chega ao fim com uma resolução de caráter utópico: saúde e bem-estar para todas as pessoas do mundo, até o ano 2000. Acabava de ser aprovada uma Carta da Saúde cuja base não era a visão de um sistema de saúde sofisticado. Seu modelo partia do êxito de países como a China ou a Tailândia nas décadas de 60 e 70. Eles realizaram uma redistribuição de recursos, tornando acessível esse bem até então reservado às elites urbanas e à classe média.

O que foi feito da utopia, 25 anos depois? A organização de ajuda humanitária Médico Internacional faz um triste balanço: Em praticamente nenhuma parte do mundo conseguiu-se implementar o programa da OMS de melhor acesso possível à saúde. Pelo contrário: cada vez mais ela se torna uma mercadoria, enquanto um número cada vez menor de pessoas pode arcar com os seus custos (D.W. WORD ALEMANHA, 2003, p. 01).

Os modernos sistemas de saúde resultam dos processos econômicos, políticos e sociais. A discussão das relações entre saúde e desenvolvimento, considerando o processo de crescimento econômico, mudanças na estrutura produtiva e melhora no padrão de vida da população, tem destaque na avaliação de alguns autores. Sendo assim, é imprescindível situar a Estratégia Saúde da Família no contexto da política neoliberal caracterizados por três dimensões distintas: a desmercantilização do acesso à saúde – sistemas de proteção social; a mercantilização da oferta de serviços de saúde como bem econômico; a saúde como espaço de acumulação de capital, complexo industrial e tecnológico na oferta de insumos e equipamentos, globalização e financeirização da riqueza (VIANA; ELIAS, 2008).

Nessa perspectiva é possível considerar que o projeto de universalização do sistema de saúde foi concebido num momento contraditório de crise política. Viana e Elias (2008) destacam:

A universalidade do sistema de saúde brasileiro, ao contrário, foi concebida em um período de crise, de estagnação econômica, seguido da adoção de políticas econômicas de cunho liberal, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema mais universal, redistributivo e igualitário. (VIANA; ELIAS, 2008, p. 01).

Não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil nos últimos anos contemple as diretrizes acima referidas. Segundo Trad e Bastos (1998), este modelo prioriza as ações curativas, privilegia uma medicina vertical, com enfoque biologicista, de custo alto e baixo impacto na qualidade de vida das pessoas, baseando-se num caráter de exclusão, pois não considera os aspectos socioeconômicos e culturais que determinam o processo saúde-doença e morte das pessoas.

Na concepção de Paim (1999, p. 477), a configuração dos modelos de assistência à saúde que atendam aos princípios do SUS vem se dando de várias formas e com grandes dificuldades. “No Brasil, convivem de forma contraditória ou complementar o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial ‘sanitarista’”, afirmou o autor. Há mais

de uma década, muito embora suas palavras continuem atuais, exceção feita a raros municípios brasileiros.

Essas modalidades de intervenção campanhista, sanitarista ou hospitalocêntrica não contemplam a situação de saúde e, concentram suas atividades no modelo hospitalocêntrico e no controle de certos agravos ou no risco de adoecer e morrer; não enfatizando a integralidade da atenção e não estimulando a participação popular. O modelo médico assistencial privatista é centrado na demanda espontânea. “É, portanto, predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população” (PAIM, 1999, p. 477).

Essa forma de atenção centrada na demanda espontânea reforça a atitude dos indivíduos de procurarem o serviço apenas quando se sentem doentes.

Como esta forma de organização é incapaz de alterar significativamente os níveis de saúde, a instituição pública tem adotado, de forma complementar e subordinada, o modelo “sanitarista” voltado para certas necessidades de saúde, sentidas ou não, através de campanhas e programas especiais de saúde pública. (PAIM, 1999, p. 478).

Souza (2000) reforça tal afirmação ao considerar que:

O Modelo Assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática ‘hospitalocêntrica’, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e com baixa resolubilidade. Vem gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo - gestores, profissionais de saúde e população que utilizam os serviços. (SOUZA, 2000, p. 25)

Paim (1999, p. 478) considera como “modelos alternativos todas as estratégias que vêm sendo implementadas desde a instalação do SUS. Esses modelos foram ou são em algum espaço de tempo, estratégias que venham a garantir os princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição”. Teixeira e Melo (1995) reiteram que a busca de modelos assistenciais que priorizem a promoção da saúde e a prevenção de agravos à população tem sido um marco importante nas experiências buscadas pelos municípios ao implantar distritos sanitários ou sistemas locais de saúde.

Essas modalidades de intervenção assistencial definidas por terem contemplado a situação de saúde ainda concentram suas atividades no modelo hospitalocêntrico e no controle de certos agravos ou no risco de adoecer e morrer: não enfatizam a integralidade da atenção e não estimulam a participação popular.

Mendes (2000) avalia que as propostas de reformas que foram tentadas no cenário de saúde nacional trazem em seu ideário os seguintes conceitos:



A equidade; a proteção social em serviços de saúde; o fortalecimento da saúde pública; a instituição de um Estado regulador forte; a construção social de processos de reformas guiados pelos valores da solidariedade, centrados nos cidadãos, focados na qualidade dos serviços, baseados em financiamento sólido orientados pela atenção primária à saúde e estruturados em redes mesorregionais; a instituição de sistemas integrados de serviços de saúde; a reorientação dos recursos humanos para a atenção à saúde; e o empoderamento da cidadania para o auto-cuidado e para o controle social dos sistemas de serviços de saúde. (MENDES, 2000, p. 23).

Redefinir o modelo assistencial é trabalhar na perspectiva de considerar além dos conceitos trazidos por Mendes (2000), o perfil epidemiológico, adotando práticas de saúde que priorizem as necessidades de saúde das pessoas e da coletividade, que interfiram diretamente na organização do trabalho e na construção da intersubjetividade; atuando na “constituição de sujeitos sociais que iniciem processos e sejam capazes de construir a democracia no cotidiano, configurando uma nova distribuição do poder institucional, setorial e, em última análise, societário” (PAIM, 1996, p. 64). O reconhecimento da crise desse modelo dá-se associado à necessidade urgente de se implantar uma atenção primária em saúde que possa segundo Mendes (2002, p. 23), “concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde e colocar-se como alternativa ao modelo convencional vigente”.

Goulart (1996 apud TRAD; BASTOS, 1998) enfatiza que as mudanças em termos do modelo assistencial envolvem componentes tanto teóricos como políticos. Nesses elementos estão incluídos os atores sociais e suas vicissitudes, as conjunturas políticas e sanitárias do país, e todos os fatores que repercutem sobre a dimensão técnica de se fazer saúde.

Dentre os projetos criados com potenciais para abrigar utopias para redefinição do SUS, temos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família.

## 2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS POTENCIALIDADES PARA REVERSÃO DO MODELO DE ATENÇÃO

O Ministério da Saúde criou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Lima e Moura (2005) afirmam que a Região Nordeste foi uma das primeiras a implantá-los, por ser considerada a região mais pobre do País, e deter, nos anos 1980, uma alta taxa de mortalidade infantil.

Um fator central considerado na elaboração do PACS foi o baixo nível de informação e orientação da população, considerado responsável pelo agravamento da situação de saúde. A dificuldade do acesso à informação por parte das comunidades, principalmente pelas mulheres, foi tida como fator a ser priorizado, visto que muitas doenças poderiam ser evitadas sem recorrer a socorros médicos, mas simplesmente, através de cuidados caseiros.

Caberia aos Agentes Comunitários de Saúde instruir a comunidade. Nesse sentido, Sousa (2001a) afirma:

O que se conclui nesse primeiro movimento mental de compreender em que Estado se pretende fazer a conversão do modelo de atenção à saúde, é que, mesmo com o arcabouço jurídico, político, ideológico, o projeto de reforma sanitária precisaria dar o salto de qualidade em busca dos instrumentos que pudessem operacionalizá-lo. E o norte desses instrumentos encontrava-se no exercício progressivo do poder local onde o responsável pela saúde tivesse nome e endereço; no reorientar das práticas sanitárias, em que a vigilância à saúde, a multicausalidade, a intersectorialidade, a integralidade, o coletivo e a participação popular fossem entendidos pelos profissionais locais e outras forças sociais em constante construção e reconstrução, cujo interlocutor poderia ser um deles: o Agente Comunitário de Saúde. (SOUSA, 2001a, p. 144)

O PACS utilizou experiências de programas implementados em várias regiões do país, como Médico da Família, de Niterói; os Agentes Pastorais (da criança) da Igreja Católica de caráter voluntário, as visitadoras sanitárias da Fundação SESP, entre outras de menor dimensão. Seus fundamentos encontram-se no movimento sanitarista, em experiências como os médicos pés descalços da China e similares em Cuba, Canadá e Inglaterra, cuja prática era baseada na prevenção às doenças, na informação de noções básicas de higiene para o atendimento materno-infantil e o controle dos indicadores realizado através do registro da população atendida por visitas domiciliares. Posteriormente, essas funções foram expandidas para a prevenção de doenças e promoção da saúde na comunidade.

Este projeto foi transitório à estruturação, em 1994, do Programa de Saúde da Família, que deveria “reorganizar a prática assistencial de saúde sob novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital” (BRASIL, 1997, p. 8). “É importante registrar que o PSF nasce de um acúmulo de experiências capilarizadas por todo o país, desde as origens do PACS” (SOUSA, 2002b, p. 31), tendo como base as experiências bem sucedidas do primeiro, e com a pretensão de ser uma estratégia que contribuísse com a reorientação do modelo assistencial e com o SUS.

O PSF visava à reestruturação da Atenção Básica de modo a criar a porta de entrada do sistema hierarquizado e visando superar um dos nós críticos do modelo médico tradicional: a saturação de casos que poderiam ser resolvidos em nível primário de atuação em saúde.

Segundo Mendes (1996, p. 273), “a conceituação da saúde da família como estratégia de organização da atenção primária implica a negação de algumas versões comumente encontradas, seja na literatura, seja na prática social”. Para este autor, o PSF não se propõe unicamente a estabelecer novas conceituações, mantendo práticas antigas, ou seja, precisa instituir novas práticas sociais, garantindo atenção médica de boa qualidade com vistas ao

“novo paradigma da produção em saúde”.

Nesse espaço da prática de Saúde da Família, eram assumidos alguns compromissos importantes:

Entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; intervenção sobre os fatores de risco; humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; reconhecimento da saúde como um direito da cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social. (SOUZA, 1998, p. 25).

O Programa Saúde da Família desde o seu início na década de 1990 apresentou-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (TRAD; BASTOS, 1998).

A estratégia de Saúde da Família, por ser um projeto estruturante, deve provocar uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Esta mudança implica na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, assim como, entre as práticas educacionais e assistenciais (SOUZA, 1997, p. 26).

Carregando utopias o PSF inaugurou um novo processo de trabalho e contribuiu para a substituição das práticas do modelo anterior. De acordo com Trad e Bastos (1998, p. 434) se “por um lado, o multiprofissionalismo das equipes rompia com o protagonismo do saber e da prática médica no processo de trabalho em saúde, por outro, a ênfase nos processos de promoção/prevenção se desmarcava do enfoque clínico”. Tais possibilidades são tão inovadoras que não podem ser abordadas por meio de modelos simplificados de análise e, nem tampouco, utilizando-se o elenco tradicional de indicadores e informações disponíveis.

Há de se considerar a incorporação do atendimento domiciliar que aponta em direção à reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde. Sendo assim, as famílias e seu contexto tornaram-se alvos estratégicos de investigação para o PSF, contribuindo para os avanços do SUS.

Segundo Mendes (1996), o processo de consolidação do PSF seria diverso e complexo e por mais que se expandisse de forma legítima e política de modo quase irrevogável, ainda não se configuraria uma reversão da lógica da organização da atenção à saúde, mais especificamente no modelo assistencial médico-privatista. O Programa Saúde da Família

deveria operar de modo a originar novas práticas de atenção pautadas no modelo de vigilância à saúde, estando incluídas a necessidade de se trabalhar com práticas que valorizassem as relações, entre usuários e trabalhadores de modo a estabelecer a criação de vínculos e responsabilidade.

As necessidades de saúde são sempre complexas, exigindo, para a sua intervenção, a consideração das suas dimensões físicas, sociais e subjetivas. Como declaram Rocha e Trad (2005, p. 4), o trabalho em saúde apresenta “uma dimensão técnica, que se expressa na ação instrumental, e uma dimensão social, que se estabelece em relações humanas, especialmente delicadas”. Medina e Aquino (2002) afirmam que:

No Programa Saúde da Família, é ambiciosa a intencionalidade de produzir mudanças. Não se trata apenas de modificar determinados aspectos do quadro de saúde ou da organização dos serviços, mas, ao fazer isto, transformar a racionalidade dos modelos assistenciais e a lógica de funcionamento dos serviços, quanto à operação de seus componentes, à vinculação com a comunidade e as relações com todo o sistema de saúde e demais setores. (MEDINA; AQUINO, 2002, p. 137).

Percebe-se, portanto, que analisar o Programa Saúde da Família, é adentrar na heterogeneidade de conformação de como cada município se apresenta, nos padrões de atuação política exercido por seus diversos atores sociais e pela complexidade das variáveis relacionadas a este contexto. Desta forma, teceremos o contexto social e histórico sobre o qual aprofundaremos o nosso estudo.

O PSF iniciou suas atividades em 1994, durante o Governo Federal do Partido Social da Democracia Brasileira (PSDB). Em maio do mesmo ano Campina Grande foi um dos primeiros municípios a adotar o PSF, como estratégia de reestruturação da atenção básica, juntamente a outros treze municípios no Brasil. Carneiro (2008, p. 66) ressalta que esta foi uma experiência nova não só para Campina Grande, como também para todo o país, fortemente enraizada a cultura hospitalocêntrica, cujo atendimento é voltado à demanda espontânea e a formação pautada na concepção flexneriana.

Guimarães (2006) fala da criação do PSF em Campina Grande:

Convidados pelo Ministério da Saúde com mais treze municípios no país, o então prefeito Félix Araújo e o Secretário de Estado da Saúde da Paraíba, Dr. Newton Figueiredo assinaram o convênio 31/94 entre a União Federal, através do Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura Municipal de Campina Grande. (GUIMARÃES, 2006, p. 74).

Inicialmente, foram implantadas cinco equipes, e mais uma no ano de 1995, com cobertura de 2% da população. Apenas três bairros foram contemplados: Pedregal (três equipes), Mutirão do Serrotão (duas equipes) e Tambor (uma equipe).

Nesta época, Campina Grande encontrava-se na gestão incipiente e parcial do sistema municipal de acordo com a NOB-SUS 01/93, e em consolidação do processo de municipalização. Campina Grande encontrava-se dividida em seis distritos sanitários, tendo sido assim definidos a partir do critério de manutenção da continuidade territorial e do equilíbrio populacional entre os distritos (CAMPINA GRANDE, 1994, p.13).

Segundo Santos (2004, p. 58) “como critério de seleção dos bairros, para implantação do programa, levou-se em consideração diagnóstico de saúde municipal, tendo como características as condições socioeconômicas e sanitárias desfavoráveis, e carência de acesso aos serviços de saúde”.

Em 1995, o município implantou o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Campina Grande - o que veio a beneficiar e contribuir com o trabalho realizado pelas equipes do PSF (SANTOS, 2004, p. 58). Sobre o PACS, Carvalho (2008, p. 123), afirma:

Outro fato relevante que merece nossa atenção foi do PSF ter sido implantado sem a parceria do PACS, sendo este criado desde 1991 pelo governo federal para atender situações de emergência caso do estado do Ceará, foi inserido na cidade apenas em 1995, ou seja, já com um ano de PSF, fato esse que comprometeu a qualidade do atendimento uma vez que os profissionais não conseguiam dividir de modo eficaz o tempo com o cadastramento das famílias e o atendimento nas unidades. (CARVALHO, 2008, p. 123).

Desde a implantação do PSF até o ano de 2002, esta estratégia de assistência conviveu com um modelo híbrido que priorizava o modelo hospitalocêntrico, representando uma cobertura do SF de apenas 12% do município durante os primeiros quatro anos, período compreendido entre 1994 a 1998. Com a edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único da Saúde, em 06 de novembro de 1996 (NOB 01/96), houve uma expansão significativa do número de equipes em todo país. “[...] a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema” (BRASIL, 2001, p. 01).

A NOB/96, cujo lema era “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, proporcionou um maior incremento para a forma de financiamento no sistema de saúde brasileiro iniciado após a sua publicação e veio a entrar em vigor em 1998, criando novos mecanismos de indução da expansão da atenção básica, como o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF). No que concerne ao Saúde da Família, reforçava a proposição de

reversão do modelo assistencial, com garantias de recursos financeiros progressiva além da ampliação conceitual do âmbito da atenção básica (BRASIL, 1996).

Como instrumento de regulação do SUS, a NOB/96, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080/90 e nº. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2001).

A NOB/96 tinha como finalidade primordial a promoção e consolidação do pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal, como gestor da atenção à saúde dos seus cidadãos. Ademais redefinia as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS, de modo a viabilizar a cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, assumindo a responsabilidade pela gestão de um sistema que viria atender com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V, NOB/96).

O município passou a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Essa responsabilidade, no entanto, não excluía o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1996):

Houve um aumento significativo das ESFs em todo o Brasil quando o incentivo financeiro possibilitou o aumento das equipes também no município de Campina Grande que passou de cinco para doze e nos anos seguintes foi ampliando gradativamente até 2002. Atingindo até o ano de 2003 uma cobertura populacional de 33%, 51 equipes<sup>2</sup> (GUIMARÃES, 2006, p. 67).

A implantação do PSF teve como referências Cuba e a cidade de Niterói (RJ). Santos (2004) afirma que ocorreu um processo rico e efetivo de construção coletiva do projeto. A resignificação do papel de cuidador voltada para quem pode ser cuidado assumiria novos contornos, pois seriam considerados aspectos como a cidadania, a autonomia, a ética e a equidade. Pode-se dizer que no SUS, os direitos humanos vão ganhando visibilidade crescente com o passar dos anos:

O direito de receber cuidados apropriados é, certamente, um direito subjetivo, mas que, no presente, toma como referência o padrão das exigências regulatórias

---

<sup>2</sup> Hoje, uma cobertura populacional de 85%, totalizando 90 equipes (SIAB, Campina Grande, 2009).

estabelecidas para o sistema público de saúde. No que concerne à relação médico-paciente, podemos dizer que mudou o estado de espírito. Saltamos do velho paternalismo médico para a prestação de cuidados médicos sustentada pela idéia do consumidor de serviços médicos. Cada vez se argumenta mais em termos de dignidade da pessoa e não apenas do paciente ou do doente. E, até mesmo no grave quadro de iniquidade que o presente crescimento da judicialização desvenda, é preciso ver o doente, o paciente, como um cidadão que aprendeu a apresentar suas exigências no jogo de poder ligado à disponibilidade das novas tecnologias. (MARQUES, 2009, p. 61).

A implantação do PSF em Campina Grande caracterizou-se pela intensa adesão dos trabalhadores ao projeto, que identificaram na proposição do modelo um grande espaço de atuação técnica e política na perspectiva de avançar na concretização dos princípios do SUS na vida dos usuários. Segundo Guimarães (2004, p. 30), estes profissionais traziam “o desejo firme de mudanças sociais em busca da cidadania das comunidades atendidas, sem negociar princípios, sem desconhecer a autoridade e hierarquia, mas sem submissão escusa a interesses pessoais e de grupos”.

Uma parte do grupo foi formada por profissionais egressos da Residência em Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, outra por técnicos com formação na área de saúde coletiva, militantes da Reforma Sanitária e de um sistema de saúde mais justo e equânime, enquanto os demais eram profissionais que mesmo sem formação nesta área tinham o desejo de trabalhar na saúde pública. Deste modo, vislumbrou-se no PSF a possibilidade de pôr em prática os princípios do SUS em uma experiência inovadora no modo de se operar saúde, tendo como eixo norteador a Atenção Primária em Saúde. Os integrantes do grupo assumiram múltiplas funções que foram além da assistência em saúde, estabelecendo um trabalho pautado em novas bases de relação com a comunidade.

Este grupo produziu uma alternativa de mudança na forma de se fazer saúde, tendo se destacado regional e nacionalmente. O município de Campina Grande recebeu premiações nacionais em reconhecimento a excelência e ao pioneirismo por parte do Ministério da Saúde e Fundação Getúlio Vargas. Em 1998, o trabalho do PSF na comunidade do Mutirão foi reconhecido como uma das dez melhores experiências nacionais de combate à pobreza e à exclusão (FARIAS, 2004, p. 40).

No ano de 1999, o município de Campina Grande recebeu do Ministério da Saúde, durante a I Mostra Nacional de Saúde da Família, o Prêmio Saúde Brasil na categoria “Excelência”, que avaliou resultados como: a melhoria de indicadores de saúde da população,

reestruturação dos serviços de saúde, criatividade, racionalidade e participação comunitária (BRASIL, 1999). Outros trabalhos foram premiados nos anos de 2004 e 2008<sup>3</sup>.

Ainda na segunda metade da década de 1990, as equipes pioneiras começaram a buscar a formação de Conselhos Locais ou Comunitários de Saúde se constituindo, de acordo com Vasconcelos et al. (2005), num instrumento favorável às discussões entre os profissionais e a população sobre os problemas da comunidade e suas respectivas soluções.

As Unidades de Saúde da Família passaram a ser cenários de estágios universitários, e suas equipes a participar de eventos científicos imbuídas do propósito de divulgar e defender os excelentes resultados atingidos no campo da epidemiologia e da mudança de paradigmas, mostrando também a busca por apoio técnico e político para a sustentabilidade da proposta.

### 2.3 A GESTÃO PETISTA NA SAÚDE EM CAMPINA GRANDE E A RENOVAÇÃO DAS UTOPIAS

No ano de 1999, uma das médicas pioneiras do PSF assumiu a coordenação do programa em Campina Grande. Segundo Carneiro (2008, p. 69), esta medida significou “um marco, pois agora uma técnica competente e comprometida com a estratégia estaria assumindo tal cargo, superando os diversos desencontros entre a categoria e a coordenação do PSF local, que aconteciam desde a saída (em 1996) de E. G”.

Santos (2004, p. 58) reitera que no ano de 1996 “iniciou-se no seio do Programa um movimento de resistência liderado pelos profissionais da Saúde da Família de Campina Grande – PB”. Foi instituída a Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande (ASPSFCG). Criadora de um Boletim Informativo, que passou a ser editado com regularidade desde 1998, tornando-se o principal instrumento de divulgação do modelo nesse município, e dos projetos inovadores e resultados exitosos executados por equipes pioneiras.

Esse veículo passou a registrar os avanços na concepção da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada da Atenção Básica e do sistema hierarquizado e como modelo estruturante do SUS, calcado na concepção da vigilância em saúde, Carneiro (2008, p. 68) destaca:

Apesar de todo o esforço das equipes de SF da época em desenvolver as ações na atenção básica perseguindo constantemente os princípios do SUS, especialmente no que se refere à integralidade da atenção, o trabalho do SF, por vários anos, se

---

<sup>3</sup> Em 2008 sobre experiência pioneira em saúde mental



constituiu em pequenas “ilhas” ou “oásis” (eram cinco, na verdade, a quantidade de equipes atuantes) em meio ao sistema de saúde local.

As cinco equipes detinham a vontade de trabalhar em defesa de um modelo de atenção calcado nos princípios e diretrizes do SUS. Ao que se percebe, seus trabalhadores defendiam um conceito *utópico* de mudança de paradigma, na transformação de perspectivas de saúde e qualidade de vida mais próxima do conceito de saúde discutido desde a Reforma Sanitária.

Usando as palavras de Benjamim (1987) quando afirma que “uma época sonha a outra época”, podemos dizer que os profissionais pioneiros sonharam com um SUS materializado segundo a saúde como um direito e orientado por um modelo de atenção consoante os seus princípios.

Mesmo com o comprometimento das equipes, a estratégia não foi priorizada, contribuindo para um processo de expansão de equipes de forma lenta, com baixa cobertura populacional no município, o que nos leva a crer em falta de decisão política para dar continuidade à iniciativa segundo as aspirações das equipes pioneiras.

Pode-se considerar que não houve efetivo compromisso político dos vários gestores atuantes no período em fazer do Programa Saúde da Família uma verdadeira estratégia para a reversão do modelo de atenção. Este fato se iniciou desde o ano de 1996, quando ocorreu a primeira mudança de gestão após sua implantação. Percebemos, então, que o SF não era prioridade das gestões vigentes, postura esta que se repetiu até a entrada do governo petista em 2002. A esse respeito, Farias (2005) afirma que:

Sem apoio político e técnico, ficamos órfãos, marginais, loucos solitários, lutando para provar a viabilidade e a importância de um projeto capaz de garantir o acesso à saúde e à inclusão social da população. Muito sofrimento, mas também muito crescimento. Viramos ONG. (FARIAS, 2005, p. 138).

O PT reconhecido historicamente como um partido de oposição e de esquerda em relação aos que eram contrários a ele, assumiu em 2001 a presidência da República sendo representado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Este episódio mostrou uma efervescência política, pois foi vista com esperanças pelos setores populares. Novas utopias e expectativas positivas são fortalecidas e a reboque destas esperanças os profissionais, partilhando também do sonho de ser ampliada a cidadania em um governo de esquerda, passam a acreditar na possibilidade de um sistema de saúde integral e equânime possa realmente atingir os princípios da Reforma Sanitária.

A eleição de Lula significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte

experiência de organização política”. A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 90. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes (BRAVO; MENEZES, 2008, p. 17).

A aliança criada entre o Partido dos Trabalhadores (PT) e o prefeito de Campina Grande do PSDB levou o grupo a acreditar em novos rumos para o setor da saúde. Uma parceria positiva, aos olhos dos munícipes, serviu como pano de fundo para o estabelecimento da diferença entre a gestão do governo estadual de C. C. L. e do governo anterior, J.M. postas dicotomicamente como o que ama Campina e a que odeia a cidade. A vice-prefeita C.B. assumiu a prefeitura quando o então prefeito C. C. L., foi empossado como governador do Estado da Paraíba no ano de 2002.

Para parte do PT local o partido teria condições de ao invés de unir forças com o adversário, o PSDB, vencê-lo numa coalizão das oposições. Na avaliação de Cozete e de seu grupo, com o aval da cúpula partidária nacional, valia o sacrifício da perda da identidade em nome de um governo de dois anos (2003-2004) com probabilidade de se estender por mais quatro anos, num projeto de reeleição. (BORBA, 2009, p.4).

Nesse contexto as pastas do município de Campina Grande passaram por uma mudança. Em 2002, o Professor da UFPB André Luiz de Bonifácio, Sanitarista e Fisioterapeuta, assumiu o cargo de Secretário de Saúde. Aclamado pelas equipes do PSF com cerimônias de boas vindas, recebeu críticas da mídia e oposição por não ser natural deste município e por sua formação profissional não atender a um critério de gestão que comumente corresponde à perspectiva do modelo hospitalocêntrico, o qual reconhece politicamente o profissional médico como gestor.

Os trabalhadores do PSF consideraram a indicação do secretário como um avanço no contexto da saúde, pois ele detinha capacidade técnica, entendimento do projeto político e compromisso com a defesa do SUS e da Estratégia SF, representando a esperança do grupo no redimensionamento das forças entre governo, profissionais e controle social para a garantia e manutenção da Estratégia Saúde da Família. Deste modo Löwy (1991, p. 29) afirma que “ideologias, visões de mundo ou *utopias*, correspondem aos interesses, posições, aspirações, tensões, das diferentes classes sociais”.

Os profissionais reascenderam a chama da esperança e colocaram na nova gestão do sanitarista o desejo pela materialidade do modelo de atenção sonhado. Além da saúde organizada segundo os princípios do SUS, os trabalhadores signatários do conceito ampliado de saúde, percebiam que “avançar no campo da saúde pública exigia dos profissionais mais do que competência técnica e conhecimento. É necessária uma intervenção política mais eficaz

[...], um comprometimento social ao lado da população” (MELO, 2005 apud COELHO; FONSECA, 2003, p.7) onde “uma sociedade mais igualitária, da qual se tenha erradicado a miséria e a fome, é ensinar e aprender a ter Saúde na Família. Do contrário continuaremos devedores” (SOUSA, 2003, p.78).

O gestor sanitário encontrou uma situação de *crise* instalada no PSF do município de Campina Grande, que vinha se acumulando desde sua implantação, em 1994. Esta crise se agravava e nos levou a identificar as seguintes situações: profissionais cansados dos problemas crônicos que persistiam desde a implantação do PSF; distanciamento entre o que está escrito nos documentos oficiais de como o PSF, seus princípios e diretrizes estão estabelecidos. Entretanto não esclareciam situações a serem enfrentadas para realização das ações preconizadas nos referidos documentos.

Ocorreu um processo de agudização da crise do PSF na gestão do PT. Mesmo com apoio do Secretário de Saúde, disposição para ampliar o PSF e um canal de comunicação aberto entre profissionais e gestão, a conjunção destes atores sociais defendendo ativamente o projeto não foram suficientes para transformá-lo em modelo de assistência.

Esse estudo buscou investigar o que significou o período que compreende a implantação do PSF no município de Campina Grande até a gestão referente ao ano de 2006. Ressaltando os significados para o grupo pioneiro sobre a gestão petista e a entrada da nova gestão de 2005 para a história da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande. O que significou essas mudanças na impressão dos profissionais de saúde das Equipes Pioneiras?

*“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na  
palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.*  
(Paulo Freire)

***CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS***

### 3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Os estudos realizados sobre a Estratégia Saúde da Família nos permitiram realizar um mergulho no resgate da experiência desenvolvida em um município pioneiro na implantação desta estratégia. Partindo da concepção construída pelas equipes pioneiras, a abordagem deu-se segundo a narrativa dos atores sociais envolvidos neste processo tendo como base a História Oral Temática.

A história oral é um “recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamento e estudos referente à experiência social das pessoas e de grupos, é a história do tempo presente reconhecida como história viva (BOM MEIHY, 2002, p.13). Chartier (apud FERREIRA; AMADO, 1998, p 216), referindo-se a História Oral, observa:

[...] me parece que essa história inventou um grande tema, agora compartilhado por todos os historiadores, seja qual for o tempo de sua predileção: o estudo da presença incorporada do passado no presente das sociedades e, logo, na configuração social das classes, dos grupos e das comunidades que as constituem [...].

E reitera: “o historiador do tempo presente é contemporâneo de seu objeto e, portanto, partilha com aqueles cuja história ele narra as mesmas categorias essenciais, as mesmas referências fundamentais”. (CHARTIER, 1998, p 216).

Segundo Benjamin (1987, p. 224), “articular historicamente o passado não significa conhecê-lo ‘como ele de fato foi’. Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja no momento de um perigo”.

A História Oral mantém um compromisso de registro permanente que envolve lembranças, comentários, memórias de fatos e impressões sobre acontecimentos. Para Bom Meihy “[...] a história oral implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. É isso que a marca como história viva”.

O caráter mais avançado da história oral é dar sentido a uma cultura explicativa dos atos sociais vistos pelas pessoas que herdaram os dilemas e benesses da vida no presente (BOM MEIHY, 2002, p. 20). O que faz Chartier (1998, p. 216) afirmar que:

A história do tempo presente confere uma acuidade particular a uma das questões mais difíceis com que se deparam todos os historiadores: a articulação entre a parte voluntária e consciente da ação dos homens e os fatores ignorados que a circunscrevem e a limitam.

Este mesmo autor conclui que “a história do tempo presente manifesta uma persistência peculiar que é a pertinência da aspiração à verdade inerente a todo trabalho histórico” (CHARTIER,1998).

Para Benjamin (1987, p. 224), a narrativa tem “o dom de despertar no passado as centelhas da esperança o que é privilégio exclusivo do historiador convencido de que também os mortos não estarão em segurança se o inimigo vencer. E esse inimigo não tem cessado de vencer”. O historiador tem uma função fundamental neste processo, pois:

Como todo homem de ciência, este, conforme a expressão de Marc Bloch deve diante da imensa e confusa realidade’, fazer ‘a sua opção’ o que, evidentemente, não significa nem arbitrariedade, nem simples coleta, mas sim construção científica do documento cuja análise deve possibilitar a reconstituição ou a explicação do passado. (LE GOFF, 1993, p.32).

O narrador tem uma vivência dos fatos a serem narrados o que encontra respaldo em Roger Chartier que:

Sustenta em seu artigo que na história do tempo presente, o pesquisador é contemporâneo de seu objeto e divide com os que fazem a história, seus atores, as mesmas categorias e referências. Assim a falta de distância, ao invés de um inconveniente, pode ser um instrumento de auxílio importante para um melhor entendimento da realidade estudada, de maneira a superar a descontinuidade fundamental que ordinariamente separa o instrumental intelectual, afetivo e psíquico do historiador e aqueles que fazem a história. (CHARTIER apud FERREIRA; AMADO, 1998, p. 2)

Este narrador, portanto, deve construir a história, revisitar o passado, mas incorporando uma nova ótica dos fatos, manter um posicionamento crítico e recontar os fatos de acordo com o que lhe é oferecido em narrativas ou outras fontes. Dessa forma, Tretiakov (apud BENJAMIN, 1987, p.123) distingue entre o escritor operativo e o informativo. A missão do primeiro não é relatar, mas combater, não ser espectador, mas participante ativo.

Para Ferreira e Amado (1998), o fato de a História Oral ser largamente praticada fora do mundo acadêmico com o objetivo de alguns grupos e comunidades recuperarem e construir sua própria memória, tem sido causador de tensões, característica peculiar da História Oral e que a diferencia da História Oficial.

A história oral a este estudo é oportuna, pois diz respeito como a sociologia e a antropologia – a padrões culturais, estruturas sociais e processos históricos, buscando aprofundar a sua essência, através de conversas com pessoas sobre suas experiências e lembranças, além do impacto que estas tiveram na vida de cada uma (ROUCHOU, 2000, p.175).

Chartier (apud FERREIRA; AMADO, 1998, p. 217) reitera:

Ora, a história do tempo presente, mais do que todas as outras, mostra que há entre a ficção e a história uma diferença fundamental, que consiste na ambição da história de ser um discurso verdadeiro, capaz de dizer o que realmente aconteceu. Essa vocação da história que é ao mesmo tempo narrativa e saber, adquire especial importância quando ela se insurge contra os falsificadores e falsário de toda sorte que, manipulando o conhecimento do passado, pretendem deformar as memórias.

Portanto permite que a história seja registrada e narrada por quem a conduziu não sofrendo mais distorções de quem a nega para se apoiar em falsos princípios e militâncias, por vezes com objetivos escusos:

Para uma história contemporânea parece generoso dar oportunidade àqueles que não puderam falar, nem contar suas alegrias e tristezas, durante períodos de censura. A maneira como esse discurso é relatado, cotejado com a história oficial, pode ser uma viagem no tempo com lastro na realidade que se encontra ao lado, clamando para ser ouvida. (ROUCHOU, 2000, p 175).

Corroborando a proposta desse estudo de resgatar a história da saúde na Paraíba, e dar a oportunidade de se conhecer a versão de profissionais, alguns deles, antes de se tornarem trabalhadores do Programa Saúde da Família, haviam feito a opção de se tornarem operários do SUS.

Bom Meihy (1996) reforça que “o discurso é um bem de todos, democraticamente, o instrumento mais elementar de expressão se presta a se tornar documento”.

A História Oral é a essência do que já foi vivido e experienciado. Ao tempo que se compromete com o momento presente, oferece também a possibilidade de subverter a interpretação do passado, a partir da memória de quem a conta em busca da organização e explicações do próprio passado.

A História Oral propicia, ainda, de acordo com Freitas (1992), fazer da história uma atividade mais democrática, ao dar voz a múltiplos e diferentes narradores, que vivenciaram e participaram de um determinado período.

Compromete-se com o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido, e busca a verdade de quem presenciou um acontecimento ou que pelo menos dele tenha alguma versão que seja discutível ou contestatória. (BOM MEIHY, 2002, p. 145-146).

Bom Meihy (2002) ainda acrescenta que como método, a História Oral se ergue segundo alternativas que privilegiam os depoimentos como atenção central nos estudos. Trata-se de focalizar as entrevistas como ponto central das análises.

Le Goff (1993, p.28) quando afirma que “a história nova nasceu em grande parte de uma revolta contra a história positivista do século XIX, tal como havia sido definida por

algumas obras metodológicas por volta de 1900”, inaugura “a crítica dos documentos de arquivos”. Este mesmo autor (1993, p 28) infere que:

A história nova ampliou o campo do documento histórico; ela substituiu a história de Langlois e Seignobos, fundada essencialmente nos textos, no documento escrito, por uma história baseada numa multiplicidade de documentos: escritos de todos os tipos, documentos figurados, produtos de escavações arqueológicas, documentos orais, etc. Uma estatística, uma curva de preços, uma fotografia, um filme, ou, para um passado mais distante, um pólen, fósil, uma ferramenta, um ex-voto são, para a história nova, documentos.

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Nessa perspectiva, Minayo (2004), ao afirmar a realidade social só se apreende por aproximação e é mais rica que qualquer teoria ou qualquer pensamento que se possa ter sobre ela. Utilizamos para este estudo o método de pesquisa a História Oral Temática, a qual, segundo Bom Meihy (1996, p. 41), “[...] é a que mais se aproxima das soluções comuns e tradicionais de apresentação dos trabalhos analíticos em diferentes áreas do conhecimento acadêmico” e partindo de um assunto específico e preestabelecido, compromete-se com o esclarecimento ou opinião do colaborador sobre algum evento definido.

Partindo das narrativas dos colaboradores se constituirá uma nova história, no qual os discursos são apresentados sob a forma escrita. Segundo Bom Meihy “[...] a história oral implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado”. Para tanto é obrigatório o uso de equipamentos eletrônicos através do uso de gravadores, filmadoras, computadores entre outros, o que favorece a inserção social do tempo atual e o acesso e melhor aproveitamento dos resultados.

Os historiadores descobrem a riqueza da entrevista como fonte original para a pesquisa histórica, utilizando os depoimentos como base, para a reflexão e aproximação entre a História com o uso de técnicas para entrevistas; a ética necessária no trato com os colaboradores; e o debate aberto sobre a função e a legitimidade da História Oral. A maneira como esse discurso é relatado, cotejado com a história oficial, pode ser uma viagem no tempo com lastro na realidade que se encontra ao lado, clamando para ser ouvida.

A História Oral envolve necessariamente três elementos: o entrevistador, o entrevistado e a aparelhagem de gravação. Os entrevistados nesta situação são identificados como *colaboradores*. Bom Meihy (2002) ressalta que nem tudo que é gravado ou derivado da fala humana pode ser considerado história oral. A fonte oral assim definida é o fato desta fonte ter sido



gravada, como resultado da voz humana e o segundo é a documentação oral que guarda vestígios da oralidade se constituído em documento e fonte oral. Alguns gestos (lágrimas, sorrisos, expressões faciais) devem ser trabalhados de modo a se tornarem fontes orais.

A “*Comunidade de Destino*” é o material de registro e verificação da história oral, formada por um grupo de profissionais Programa de Saúde da Família no município de Campina Grande. A “*Colônia*”, fragmento representativo da comunidade de destino (BOM MEIHY, 2007), é a parte dividida para viabilizar o entendimento do todo, devendo, para tanto, guardar as peculiaridades que justificam a fração mantendo deste modo os elos comuns ao grande grupo. A *colônia* neste estudo foi formada pelos trabalhadores que compuseram as equipes pioneiras do Programa de Saúde da Família no município de Campina Grande.

A “*Rede*” é uma subdivisão da colônia, ou seja, a menor parcela de uma “*Comunidade de Destino*” (BOM MEIHY, 2007). A *Rede* foi composta por onze trabalhadores que fizeram parte das equipes pioneiras do Saúde da Família em Campina Grande e atuaram ou ainda atuam no PSF deste município, dispondo-se espontaneamente a participar deste estudo.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Campina Grande, no estado da Paraíba. A escolha deveu-se ao fato deste município ter sido o primeiro na Paraíba e um dos catorze pioneiros no Brasil a implantar equipes do Programa Saúde da Família, caracterizando a ousadia de se implantar uma estratégia de reestruturação da Atenção Básica para o SUS. Nesse município, a pesquisadora iniciou o seu trabalho no PSF e até o momento atua como enfermeira da estratégia.

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

Campina Grande foi fundada em 1697 e elevou-se à categoria de cidade em 1864. É considerada a principal cidade do Estado da Paraíba. O município está localizado na mesorregião do agreste paraibano, na parte oriental do Planalto da Borborema (Figura 1). As coordenadas geográficas são 7° 13' 50'' de latitude sul e 35° 52' 52'' de longitude oeste. Está a uma altitude de 552 metros acima do nível do mar, o clima dominante é o tropical semi-árido, com temperatura média de 22°C e umidade relativa do ar de 67%.

O município possui 620,6 km<sup>2</sup> de área total, com área urbana de 98 Km<sup>2</sup> e área rural de 420Km<sup>2</sup>. Dele fazem parte os seguintes distritos administrativos: Catolé de Boa Vista, Catolé de Zé Ferreira, São José da Mata, Santa Terezinha e Galante (LIMA, 2008).

O município é Gestor Pleno de Sistema desde 14 de maio de 1998, através da portaria do Ministério da Saúde nº 2.801, o que significa autonomia da Secretaria Municipal de Saúde como detentora plena de gestão e gerência dos serviços ofertados em todos os níveis de complexidade. A Secretaria Estadual de Saúde, entretanto, detém parte do alto custo e alta complexidade, tais como o serviço de hemodinâmica (CAMPINA GRANDE, 2003).

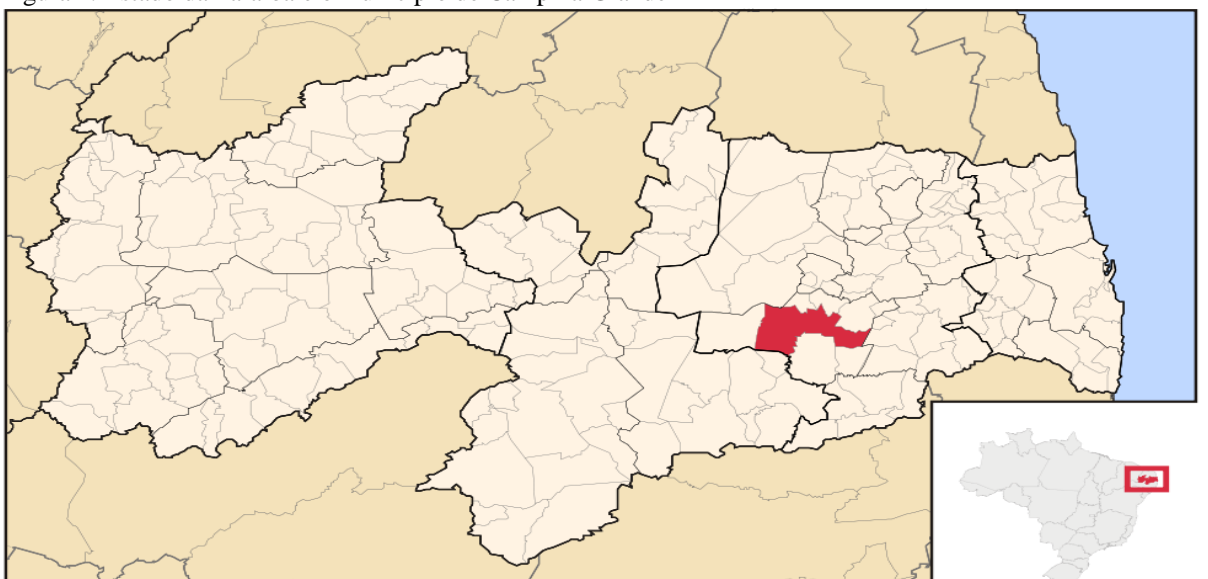
Campina Grande é pólo de saúde para o Estado da Paraíba. Sedia a Terceira Gerência Regional de Saúde (3ª GRS), unidade da geopolítica administrativa estadual, constituindo-se numa macrorregional de saúde que congrega setenta municípios, sendo referência para os serviços de saúde, ainda, para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte.

Atualmente há 90 equipes de PSF no município, distribuídas em unidades principais e unidades-âncora. Uma cobertura estimada em 80%. Embora tenha havido perda na qualidade dos atendimentos, podemos observar que seu processo histórico aponta para constantes expansões, desvelando a política governamental da atenção básica e consolidando a estratégia nos municípios brasileiros (Carvalho, 2008).

Além das Unidades Básicas de Saúde, há quatro Centros de Saúde onde funciona apenas o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) sendo coordenados por uma enfermeira que atua no respectivo Centro.

### 3.4 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Figura 1. Estado da Paraíba e o município de Campina Grande



Fonte: SEPLAN/Campina Grande

Segundo estimativa do IBGE (2008), Campina Grande tem uma população de 381.422 habitantes, que representa uma densidade demográfica de 614 hab/km<sup>2</sup>. É o segundo município mais desenvolvido do Estado da Paraíba.

O desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Município tem a seguinte configuração: município-pólo, sede de macroregional para 171 municípios, responsabilizando-se pelo atendimento de mais de um milhão de pessoas nos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade. (CAMPINA GRANDE, 2007).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) trabalha com uma divisão territorial que organiza os serviços em seis (06) Distritos Sanitários, possuindo a seguinte conformação: Francisco Pinto (responsável por uma população de 44.966 habitantes), Bela Vista (69.007), Palmeira (36.050), Catolé (71.638), Liberdade (70.906) e Malvinas (64.351) (LIMA, 2006).

As equipes do PSF em Campina Grande foram constituídas inicialmente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

### 3.5 COLABORADORES DO ESTUDO

Os colaboradores foram profissionais, com nível de graduação superior, integrantes das cinco equipes pioneiras do Programa Saúde da Família de Campina Grande, dispostos a colaborar com o estudo, sendo três médicas, duas enfermeiras e uma assistente social das equipes do bairro do Pedregal. E também uma médica, uma enfermeira e uma assistente social dos bairros do Tambor e Mutirão.

A ausência de profissionais de nível médio, assim como dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no estudo deveu-se à rotatividade dos cargos de auxiliares de enfermagem no início do PSF, decorrente da insegurança no vínculo contratual e da incerteza sobre a viabilidade do programa ao ser implantado o que levava-os a abandonarem seus postos.

Justifica-se a não inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde entre os colaboradores do estudo pois o PACS ter sido implantado um ano após a introdução do PSF.

Na apresentação dos depoimentos, no intuito de garantir seu anonimato, os colaboradores receberam as seguintes codificações: Lindomar, Rita, Dalva, Elieuzza, Antônia, Sebastiana, Marilene, Marinalva, Joana e Marlene. Esses nomes foram escolhidos em homenagem ao apoio de lideranças ou usuárias locais que contribuíram para o fortalecimento do controle social.

### 3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DAS NARRAÇÕES

A coleta de informações foi realizada mediante a técnica da entrevista. Segundo Gil (2007, p.117), “pode-se definir entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”.

Conforme os procedimentos sequenciais do referido método de pesquisa, foram realizadas *entrevista, transcrição do material gravado, textualização, transcrição e conferência e autorização do material para uso e publicação*.

Segundo Bom Meihy (1996), a *entrevista* é uma das etapas da História Oral e, como tal, possui degraus, a saber: *pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista*.

A primeira trata da preparação para o encontro, ocorrendo antes da entrevista propriamente dita, durante a qual foram dadas as informações acerca do objetivo do estudo.

A *entrevista* tratou do momento das entrevistas individuais, realizada com aparelho de gravação (gravador MP3), conduzida pelas questões de corte e objetividade da linha temática abordada. Considera-se como ponto zero a entrevista realizada com a colaboradora Lindomar, assim escolhida em razão à contribuição política dada por ela. Segundo Bom Meihy a entrevista “ponto zero” é considerada aquela realizada por um colaborador que conhece a história do grupo, e que pode dar direcionamentos para entrevistas posteriores.

A *pós-entrevista* ocorreu após as entrevistas, na qual se deu seguimento às demais etapas, detalhadas a seguir.

**Transcrição do Material Gravado** – onde foram transcritos o material gravado, constituída da escuta de todos os detalhes que foram descritos para dar visibilidade ao que foi narrado.

**Textualização** – Foi o momento de trabalhar o texto deixando-o claro e conciso. Nesse momento se definiu o tom vital, correspondente a uma frase que serve de guia para a leitura do texto, considerado o tom mais forte da narrativa, podendo ser utilizado como epígrafe.

**Transcrição** – momento em que a recriação do texto tem maior ênfase, utilizando-se, para isso, de correções gramaticais e frases completas sem, entretanto, comprometer a identidade da narrativa.

**Conferência** – momento no qual o colaborador valida o documento, podendo ser negociado, modificado ou omitido algum trecho que porventura o colaborador não queira mais evidenciar.

**Autorização do material para uso e Publicação** – autorização do colaborador para divulgação dos dados no estudo. Esta etapa aconteceu de forma oral e escrita, através da assinatura da carta de cessão e do termo de consentimento livre e esclarecido.

**Análise do “Corpus Documental”** – as narrativas são utilizadas para a construção da interpretação histórica. Nesta etapa foram identificados os eixos temáticos. Depois de ultrapassadas as fases já relatadas neste capítulo. Após exaustivas leituras, foram retirados trechos de depoimentos condizentes com os objetivos propostos e divididos as falas em eixos temáticos para realizarmos as análises do “Corpus documental”.

Este estudo apresenta quatro eixos temáticos que tratam de períodos distintos da Estratégia Saúde da Família no município:

- **EIXO TEMÁTICO I** - As equipes pioneiras e a esperança da concretização do SUS por meio da Estratégia Saúde da Família;
- **EIXO TEMÁTICO II**: O desenvolvimento do PSF em Campina Grande – 1996 a 2002;
- **EIXO TEMÁTICO III**: A gestão petista na saúde e a viabilização do Saúde da Família como modelo de atenção: desejos, avanços e limitações;
- **EIXO TEMÁTICO IV** - A estratégia saúde da família após a gestão petista: do desencanto à esperança.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CCS/UFPB com a finalidade de obter parecer favorável para execução do trabalho, sendo aprovado no dia 29/04/2009 pelo respeitando-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos, através do protocolo de número:0137.

As informações sobre a pesquisa (identificação das pesquisadoras, objetivos do estudo, relevância, metodologia) foram repassadas aos participantes, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em que foi atestada a voluntariedade de participação no estudo, a retirada, a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos pessoais e profissionais, garantia de esclarecimento antes, durante e depois da pesquisa e a autorização do conteúdo das fitas e das fotos. Sendo garantidos o sigilo de informações confidenciais e o anonimato em qualquer forma de divulgação dos resultados.

Os sujeitos assinaram uma carta de cessão (Apêndice B), documento este que transferiu aos pesquisadores o direito de publicar as informações cedidas.

As informações foram adquiridas por meio de entrevista, com o auxílio de um gravador, e ocorreram no período de maio a julho de 2009, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após aprovação do projeto pelo comitê de ética. Outras informações foram obtidas com base em material cedido pelos colaboradores, bem como em documentos oficiais. A análise das informações de natureza temática foi realizada com base nos discursos de modo a identificar eixos fortes e fracos, assim como os pontos de contradição e de consenso. A discussão foi enriquecida com o uso da literatura pertinente.

*“Eu peço que me esclareça  
O que tem maior valia?  
Se a esperança frustrada  
ou ela no peito  
quando ainda havia”*

(Cesar Asfor Rocha)

***NARRATIVAS DOS  
PROFISSIONAIS***

## 4 NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### COLABORADOR LINDOMAR

#### (Ponto zero)

Lindomar é Médica, formada em Campina Grande, Sanitarista, frequentou a RMPS-UFPB, trabalhou no PSF de Campina Grande desde o início, mulher forte, crítica, militante nos partidos de esquerda desde a década de oitenta, período final da ditadura militar. Deu condução política ao grupo, fortalecendo a todas com o discurso e a prática da garantia do SUS através da mudança de relações. Hoje não faz parte do Saúde da Família de Campina Grande. No momento da entrevista mostrou-se emocionada, porém contida, muitas das lembranças estavam apagadas e foram emergindo deixando por vezes sua voz embargada...

*Tom Vital: Mais importante é que a gente se fortalecesse, que agente colocasse o Saúde da Família, não mais como utopia,, mas como modelo de saúde de Campina Grande.*

*O que significa para mim o período entre 1994 a 2004? São dez anos. Toda a história. Significou uma experiência política, profissional e pessoal de um período. Uma etapa inovadora na saúde pública e da construção de um modelo de saúde, de construção do PSF em Campina Grande. Basicamente, nesses anos todos, foi esse o modelo de construção de uma proposta política que a gente pensou em conseguir implantar segundo os ideários da Reforma Sanitária no Brasil. E Então foi uma experiência riquíssima em termos de construção SUS, pois tivemos a oportunidade e o privilégio de construir o Saúde da Família, uma experiência onde ninguém tinha essa prática, de sermos pioneiras em Campina Grande. E aí esse período foi importante porque se começou uma experiência totalmente nova, onde a gente teve o privilégio de iniciá-la, de botar em andamento e, dentre as experiências do Saúde da Família em todo o Brasil, vê-la solidificada. Edificar esta proposta do mínimo ao maior detalhe, que é um processo de construção enorme. A gente teve oportunidade de viver esse processo com muitos erros e acertos, e assim tentando construir um modelo de saúde pública para Campina e para o Brasil.*

*Sobre o período correspondente entre a gestão do secretário sanitário e a entrada da nova gestão em 2004 eu acho que foi mais um corredor no labirinto... Porque na verdade, nesse período, a gente já tinha acumulado uma experiência muito grande. Ou seja, tínhamos trilhado um longo caminho no percurso de 1995 a 2002. Onde tínhamos avançado em termos de organização no processo de trabalho, em construção de indicadores, em proposta política enquanto categoria de profissionais de saúde da família, na nossa relação com a população. Assim, já acumulávamos também nesse período, uma crise de pequenos problemas, mas que eram persistentes. Porque estávamos num período de discussão, onde questionávamos a qualificação do PSF. Já trazíamos conflitos e refletíamos se era mais importante ampliar as Unidades de Saúde da Família ou qualificar os profissionais para atuarem verdadeiramente na institucionalização do Saúde da Família como modelo de saúde. Tínhamos, inclusive, vários questionamentos sobre a própria proposta do PSF. Havíamos chegado a um patamar, onde precisávamos superar todas as crises e os nós críticos que acumulamos esse tempo todo, para poder fazer o PSF dar um pulo de qualidade e não acentuar todo um desencantamento como a gente já vinha acumulando nessa experiência. Então nessa*



*época, com a chegada do secretário sanitarista, inicialmente foi trazido um pouco de oxigênio. A gente pensava que era uma gestão, que mesmo com uma conjuntura de desgaste no Partido dos Trabalhadores, do PT, mas, para Campina Grande, era uma experiência ímpar.*

*Pela primeira vez na administração petista chega um Secretário de Saúde que era um colega nosso do curso de Residência Médica Preventiva e Social da Universidade Federal da Paraíba. A entrada desse gestor trouxe um marco histórico muito importante para a saúde em Campina Grande. Primeiro porque não era um médico. Depois ele não dava continuidade à histórica tradição da cidade de sempre ter os gestores e os secretários de saúde totalmente envolvidos com os interesses do sistema privado. O secretário sanitarista rompia com tudo isso. Como um técnico, um militante da saúde pública, um professor da universidade e que também era oriundo da Residência de Medicina Preventiva e Social. Logicamente fazia parte de um conjunto de militantes que tinham como objetivo contribuir com a institucionalização Reforma Sanitária. Então houve a expectativa, não a expectativa ingênua dele, da pessoa dele. Acho que por tudo isso que a gente colocou, era uma gestão petista apesar de não ter sido uma eleição petista, pois o PT assume porque em 2002 Cássio Cunha Lima vai para o governo do Estado e Cozete, na condição de vice, passou a ser prefeita. Então nessa experiência de dois anos do secretário sanitarista como gestor, tivemos a esperança de que fosse possível superar a crise e o cansaço que já existiam e que naquele momento foi transformado em expectativas e perspectivas, de que o PSF conseguisse superar os seus problemas históricos. Então foi criado da nossa parte essa esperança, essa expectativa, principalmente em torno dele. É que ele, o secretário, correspondeu em parte, porque até politicamente em Campina Grande a gente vê esse momento como muito importante, pois houve de mudanças no Conselho Municipal de Saúde na forma de se pensar mais a participação popular, da escuta melhor dos trabalhadores. Mas para a grande maioria dos profissionais que já estava cansada, sem perspectivas mais de mudanças, sem acreditar mais que a gente pudesse influir, essa gestão trouxesse alguma coisa de novo... Na verdade ela trouxe novidades do ponto de vista político, mas na prática não conseguiu mudar problemas da área administrativa, do dia a dia... da crise, digamos, conjuntural... Vamos para as miudezas: das questões das condições de trabalho, da defasagem salarial.*

*Quando nós começamos no PSF o salário dava pra você manter num padrão de vida favorável. Dava para os profissionais viverem quase que exclusivamente, do PSF. Eu vivi exclusivamente do que ganhava no PSF, nunca tive outro vínculo. Você não precisava ficar atormentada pulando de vínculo em vínculo para poder ter uma renda que suprisse o básico. E aí a gente já estava vendo durante esse período todo, vários colegas, principalmente os médicos, que tem um mercado de trabalho maior, já correndo para dar plantão. Já via a queda da qualidade durante o tempo que estava no PSF, ter a dupla jornada de trabalho, trabalhar de noite, final de semana. Então todo mundo já estava muito cansado e em geral todo mundo já procurava outro vínculo e a crise ia se avolumando... Do tamanho das expectativas era a crise que também ia se avolumando... Do tamanho das expectativas era a crise que também ia se avolumando.*

*E aí acho que politicamente a gente teve espaços importantes, porque a Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande conseguiu se fortalecer. Conseguimos ter um horário para que a gente pudesse se organizar, nós conseguimos um assento no Conselho Municipal de Saúde. Politicamente íamos crescendo, mas, na verdade, as questões do dia a dia continuavam do mesmo jeito, não havia resposta concreta para tudo que já se acumulava. Pelo contrário! As expectativas aumentavam, não se tinha respostas para vários problemas e aí a insatisfação dos trabalhadores do PSF aumentava, principalmente para nós, pioneiras do PSF que elaboramos a estratégia de fortalecer o Saúde da Família em Campina Grande. Pela Associação dos Profissionais de Saúde da Família (ASPSF) promoveríamos a mobilização dos profissionais, com os usuários trabalharíamos através da formação dos Conselhos Locais de Saúde, que seriam o meio de exercitar controle social. E com a gestão a gente*

*tentou ocupar espaços na Secretaria de Saúde por entender que esse espaço ainda não era ocupado por nós. A proposta era grande, ela crescia e a Secretaria de Saúde, continuava ainda muito elementar, muito despreparada para dar respostas as demandas geradas pelo Programa Saúde da Família.*

*Ai foi quando demos a grande cartada, que foi a construção da Rede de Apoio ao Saúde da Família. A Rede seria mais um local de nossa atuação e seria dentro dela que pensaram em estruturar o PSF. Com isso fechávamos o tripé como se dizia na época: o controle social, os trabalhadores e técnicos, ganhavam espaços muito importantes. O secretário sanitário abriu espaços importantes, pois essa discussão da rede foi feita junto com ele e com Fátima Sousa que na época era do Ministério da Saúde<sup>4</sup>. Ela prestou uma assessoria técnica ao município e veio aqui várias vezes. E aí como se discutiu a estratégia da rede de apoio ao PSF que, a meu ver, também ela foi mais um recurso para gente superar as dificuldades. Mas também a Rede traz mais uma crise, porque dela passaram a participar profissionais que sempre estiveram ligados ao serviço, profissionais formados junto com a gente na construção do PSF. Eles passaram a compor a Rede na Secretaria de Saúde.*

*A Rede não deixava de ser um espaço técnico, uma estratégia importante na Secretaria de Saúde para qualificar, para melhorar o serviço dentro da própria Secretaria de modo a tentar dar mais respostas no aspecto técnico. Então, na verdade, a gente ocupava os espaços estrategicamente tentando fazer avançar o Saúde da Família. Porém os conflitos aumentaram com a formação da Rede de Apoio, porque seis profissionais que militavam na ASPSFCG, espaço importante da organização dos trabalhadores, saíram do espaço da militância para atuar na Secretaria de Saúde. Então os conflitos se exacerbam, porque papel de vanguarda da Rede, não ficou muito definido, e claro para a categoria, daí que tivemos muito estranhamento entre os profissionais. Dificuldade de poder conciliar e entender esse papel que passamos a ter junto à Secretaria. Foi um momento rico em termos de experiência.*

*A participação na Rede de Apoio ao Saúde da Família significava estar “dando os últimos tiros de canhão” para retirar o saúde da família da crise que vinha se acumulando antes da gestão petista. A Rede deveria trabalhar o fortalecimento da estratégia na instituição. Porém foi um momento contraditório no qual a categoria se dividiu muito, porque politicamente as respostas a serem partilhadas com a categoria, eram insuficientes, para os trabalhadores. A Rede de Apoio passou a ter outro papel que é o papel de estar na Secretaria de Saúde, de estar na gestão, e não tinha o poder que nós inicialmente pensávamos..*

*Teoricamente, os profissionais que eram da rede, na posição de gestor, passaram a ter conflitos com os profissionais que estavam no serviço. Então a gente teve muita dificuldade nesse momento, porque passou a haver “mal-entendidos” e divergências e achava-se que os profissionais que estavam conflitando com a gestão; que os companheiros que estavam fazendo a Rede, não tinham mais o mesmo papel que antes. Mal entendidos e divergências foram gerados. Quem estava de fora da Rede identificava um distanciamento dos atores mais voltados para os interesses da Secretaria de Saúde e do Secretário, e, quem estava na Rede estabelecia embates com o gestor e representantes da Secretaria em defesa do projeto do Saúde da Família. Então eu acho que essa estratégia da Rede não foi boa. Eu acho que ela enfraqueceu o movimento, tudo que a gente conseguiu de avanço no Saúde da Família em Campina Grande, foi fruto da nossa prática. Avançávamos politicamente, mas as respostas a ser partilhadas com a categoria, eram insuficientes. O grande diferencial estava na forma como os trabalhadores do Saúde da Família se organizavam que era diferente dos demais locais do Brasil... E quando a gente passa a ocupar os espaços institucionais, nos dividimos enquanto vanguarda e os conflitos surgiram. A categoria estava extremamente cansada, desgastada... Nós não conseguimos um papel importante aí nessa fase, a gente*

---

<sup>4</sup> Fátima Sousa é enfermeira, formada na Paraíba e foi quem implantou e coordenou o PACS na PB e assessora e articuladora na implantação do PSF no Brasil.

*realmente teve dificuldade de entender, a gente não conseguiu politizar, elevar o nível da categoria politicamente para compreender a estratégia da Rede e talvez aí a gente tenha errado também, não era todo mundo que ia ver e compreender qual era o momento daquela história Para mim a Rede foi o ápice da experiência do Saúde da família, porque era o máximo onde a gente podia chegar.*

*É preciso entender que o Saúde da Família e os problemas que ele trás não são referentes a questões locais, é uma crise de conjuntura nacional. Ele é um projeto de uma política pública de governo e que tem por trás todo um esquema de políticas compensatórias. Ninguém discute mais isso. Está mais do que evidente. E para organizar o SUS a gente tem que entender que se trata de se viver em um país totalmente injusto e desigual. E a gente, na construção de uma proposta, entendeu que foram grandes os avanços na construção do SUS. Estrategicamente o PSF, a cada dia, se defronta com as dificuldades do tamanho de uma proposta que não consegue ter resposta no Brasil como um todo, ou seja, no âmbito de políticas públicas. Com o nosso trabalho tínhamos conseguido impactos epidemiológicos de indicadores mais negativos, mas não conseguíamos passar disso. Um dos nossos desafios era promover as ações intersetoriais, mas a questão da intersetorialidade estava atravancada. E a nossa necessidade, ia além da redução da mortalidade infantil, da melhoria da cobertura vacinal, de aumentar a cobertura de pré-natal, de melhorar o acesso à saúde da mulher e da criança, evitar as doenças imunopreveníveis, as IRAS, e diarreias, pois isso, para nós que fazíamos o Saúde da Família já não era o essencial. Como defensores do SUS, buscávamos outros objetivos.*

*Queríamos que existisse de fato o princípio da universalidade, da equidade, ou seja, atuar de modo consoante aos princípios do SUS em função dos quais sempre trabalhamos. Aí o esgotamento foi chegando. Reconheço que foi um momento muito contraditório, extremamente dialético. Tivemos avanços políticos, porque a gestão tinha o compromisso democrático com a gente, mas não deixava de ser uma gestão também politicamente envolvida e comprometida com os limites de uma política local. Então na verdade a gente teve na gestão do secretário sanitário um momento de crise onde não conseguimos dar esse salto de qualidade como pensávamos. Então resumindo esse período, na minha compreensão, ele consegue ir ao platô máximo do Saúde da Família que teoricamente seria uma gestão que se dizia comprometida, o Partido dos Trabalhadores, apesar da gente não ter visto isso no âmbito de prefeitura, da própria prefeita, do secretário e dos demais. Não conseguimos enxergar e ao contrário! Tivemos grandes decepções, porque nós vimos práticas petistas totalmente contrárias ao que o partido defendia, ou seja, repressão para os movimentos grevistas que nós deflagramos autoritarismo, falas da prefeita na época que não compreendia e que depunha até contra o PSF. E como ainda era débil a compreensão da prefeita relação à estratégia do Saúde da família. Ela se mostrou inábil nas discussões com os profissionais em greve, diferentemente das posições do secretário de saúde que tinha uma visão do saúde da família, mas que também tinha que fazer todo um jogo de cintura com o governo petista por fazer parte do grupo.*

*Sobre gestão petista, que realmente se dizia comprometida com o Saúde da família, porém na prática a gente continuou com os mesmos problemas crônicos e persistentes que trazíamos de outras gestões. Apesar de o secretário ter um discurso e abrir um espaço muito importante para a participação dos profissionais em eventos, para curso de qualificação de profissionais, a exemplo de que tivemos a primeira Especialização em Saúde da Família e que reconhecemos ter sido um passo importantíssimo, uma vitória muito grande. Foi um momento em que a gente tinha muito mais tranquilidade em relação ao gestor que compreendia a proposta e a defendia, mas na verdade não estava se traduzindo na prática.*

*Os profissionais já estavam adoecendo, cansados, desencantados, num limiar muito pequeno para suportar todas estas dificuldades que se enfrenta no dia a dia de quem “está carregando o piano”, que era conviver com os problemas ainda do tempo da implantação do PSF, como a falta de medicação, um sistema de referência e contra*

*referência ineficaz, a falta do material mais básico, estar com dez anos de PSF e tem dia que você não tinha um receituário... Eram questões mais elementares que eu acho que não adianta mais nem citar porque todo mundo já está cansado de saber... Então na verdade, esse momento foi rico, mas também trouxe um termômetro importante, que foi a riqueza do máximo que a gente podia ter alcançado na nossa história política de avanço de gestão do secretário... Onde a gente consegue entrar na própria instituição. Onde precisa avaliar que essa história foi bem complexa, precisa ser avaliada, mas que a gente na prática estava com os mesmos problemas. Então isso foi assim um desgaste grande e a gente começou a ver profissionais adoecendo, a gente começou a ver cair aquele pique de pessoas que eram apaixonadas pela proposta, que defendiam esta proposta, sobretudo com muito prazer, com muito desejo com muita militância. A gente viu que as forças foram enfraquecendo... Então foi o momento que pra mim deixou claro que o Saúde da Família é uma “cesta básica”. Antigamente a gente não se referia dizendo isso. Sabíamos que poderia ser, mas sempre tivemos grandes expectativas de que não fosse cair nessa situação tão limitada. Sempre achamos que a correlação de forças, a nossa organização pudesse reverter e cada vez mais promover avanços que qualificassem o Saúde da Família. E chegamos a um ponto nessa gestão onde compreendemos que realmente o Saúde da Família não passa de um programa de expressão de uma política neoliberal, que é uma proposta extremamente limitada, que é uma proposta que tem por principal objetivo favorecer muito mais a política neoliberal do capitalismo... Que em termos de qualidade, de impacto, de mudança, de qualidade de vida da população a gente não conseguia ter muito avanço, a gente como militante da saúde pública pensava que a Saúde da Família fosse a estratégia de construção do SUS, não só como uma cesta básica, mas com acesso universal, justiça social... defendíamos que você no sistema possa ter acesso do mais básico ao mais complexo serviço de saúde. Que possa trabalhar com a questão fundamental da intersetorialidade, avançar em termos das políticas públicas de saúde e o mais importante, que era a qualidade de vida. Então chega o momento que está todo mundo já “pipocado” e aí já traduz com uma grande crise entre a categoria, o que foi muito forte. Nesse período houve um momento em que a categoria apresentou várias falas e a gente não conseguiu superar essa crise de uma forma que saíssemos mais fortalecidas, que estas discussões viessem mais à tona, que a gente conseguisse aprofundar mais essa crise... Mas terminou que todo mundo ficou muito queimado, muito pipocado nisso tudo e ocorreu um “racha” muito grande na categoria que não foi politicamente avaliado naquele momento, e terminou por trazer à tona um desencantamento da categoria que tinha como sua grande marca a história do prazer e da luta do quixotesco... Éramos realmente os Quixotes! E aí quando falta o sonho, a utopia, aí chega o desencanto, então, assim falta tudo! Tem um desencantamento, vem a frustração, veio o adoecimento.*

*Eu mesma posso me considerar uma pessoa que adoeci... E não vou querer agora botar o PSF como a causa básica, mas foi dentro desse contexto, nessa conjuntura, onde eu posso dizer que tive um esgotamento físico, emocional, de quem deu toda a energia que se tinha pra construção dessa proposta. Então pra mim esse momento foi muito contraditório e dialético, mas que trouxe também muita clareza de que não necessariamente é a questão de uma gestão, mas é a questão da política do PSF, enquanto estratégia e, inclusive, que é uma proposta que eu já diria muito cruel. Em parte porque o Saúde da Família ficou literalmente como “a conchinha, entre o mar e o rochedo”... Porque a gente sempre ficou mesmo tentando fazer com que o Saúde da Família funcionasse, mesmo que fosse amortecendo os conflitos entre a população e a gestão. Estávamos sempre na linha de frente e como o Saúde da Família possibilita relações mais horizontais e democráticas, no que tange a participação popular, o diálogo com secretário petista favoreceu a promoção de as ações de mobilização e discussão política, tanto da comunidade, quanto com os profissionais.*

*Foram momentos muito ricos que vivemos na gestão petista, onde pudemos fazer assembleias com os profissionais no horário de trabalho, conseguimos um turno para que cada PSF pudesse organizar o conselho local de saúde em sua área de abrangência*

*e isso aí foi muito importante! Conseguimos que os Assistentes Sociais pudessem uma vez por mês participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, pois uma das conquistas mais importantes que a gente conseguiu nesta gestão foi a efetivação do Assistente Social como integrante da Equipe de Saúde da Família. Esse fato foi considerado uma vitória importantíssima para fazer avançar a compreensão da saúde como um direito por parte da população. Então com o secretário do governo petista a gente teve ganhos na saúde.*

*Mas para mim esse projeto do Saúde da Família já estava no limite, porque tudo que a gente conseguiu não foi da noite para o dia. Foi resultado de muita luta, organização, dedicação e muito sofrimento, porque não eram só as quarenta horas semanais. Tudo foi feito através de organização de pessoas que idealizavam a Reforma Sanitária, e que defendiam o SUS. E foi uma construção muito longa nesse período todo. Houve essa efervescência, mas já vinha com um acúmulo muito grande de conquistas, de desencantos, de avanços, de estagnação, de não superação dos problemas crônicos e persistentes e a gente trabalhava mais de quarenta horas para fazer elaboração política de reuniões, de questionamentos, de discussão, de estratégia, de reunião. Então a gente trabalhava basicamente, vinte horas por dia, movidas pelas questões dessa militância e foi tão grande a expectativa que se tinha nesta gestão, tão grande a decepção...*

*Eu volto a dizer que mesmo em um movimento de muitas idas e voltas, de perdas e ganhos, de contradições que tivemos durante a gestão petista, mesmo tendo conquistado um espaço político importante e do que conseguimos junto à população, com os profissionais, mesmo assim não houve reversão da melhoria das condições de trabalho e de salário defasado que já vinha se acumulando muito antes desta gestão... A gente pode observar dos anos do início do PSF prá cá, houve toda uma queda com relação ao poder aquisitivo, de compra, de qualidade de vida. Então tudo isso já vinha numa bola de neve e foi cada vez mais se acumulando e aí caiu... Terminou numa situação em que a gente até pensou que não podia piorar, mas, piorou, porque era estrutural... e aí iniciou para mim o auge da nossa crise. Porque aí chegou ao ponto máximo de cada um ir de para o seu canto ou até para outros municípios, outros empregos. Ninguém mais dava conta das questões pequenas, não existia mais a unidade da categoria, e isso pra mim foi o mais forte, porque enquanto existia crise, os profissionais eram movidos pela organização, pelo encantamento da estratégia, de que a gente perde aqui mas ganha ali e que organiza, trabalha, realiza seminários de avaliação, e ataca por todos os lados: categoria, usuários e tal... Mas chegou o momento que a gente não conseguia mais articular, garantir o Saúde da Família como estava na nossa cabeça. Achávamos que era impossível voltar atrás, e que o Saúde da Família realmente já era uma proposta que não volta, que se afirmou, mas, na verdade, pior do que não ter volta é ficar nessa cronificação com todas as perdas, de emocional, militância, de ninguém acreditar mais. É não ver mais “a luz no fim do túnel”.*

*Com a clareza do racha da Associação (ASPSF-CG), mesmo que não tenha de ser todo mundo articulado, mas até então a gente nunca tinha trabalhado com essa coisa de conflitos, em termo de divergência ideológica. Campina Grande é um município que tem uma tradição de ter movimentos de organização sindical, de mobilização popular, de formação de conselhos locais de saúde, de associação de moradores, dos clubes de mães, porém neste momento histórico há uma crise geral onde todo mundo está desmobilizado. A gente realmente era quem estava conseguindo mobilizar, através dos bairros, dos conselhos locais de saúde, através da Associação dos Profissionais de Saúde da Família. Eu acho que a associação dos profissionais foi uma experiência riquíssima que nós conseguimos aglutinar basicamente 100% da categoria e este era o caminho que a gente acreditava. Então, para mim esta foi uma gestão que conseguiu revelar todo o caráter do Saúde da Família, que ela é uma proposta de uma “cesta básica”... É uma política compensatória, é uma política que não avança em termo de estruturar o SUS; fica na organização da atenção básica e das questões básicas. É tanto que a gente passou catorze anos no PSF e não conseguiu introduzir a questão da saúde mental como uma*

*política de saúde da família como um todo, e, para mim esse momento se configurou como uma proposta neoliberal do governo.*

*No enfrentamento em defesa do SUS e do PSF, com as gestões anteriores ao governo petista, na verdade, eu acho que a gente teve várias fases, é que nem um casamento. A primeira fase foi a da empolgação, da militância, da construção, e do próprio entendimento de que a gente não tinha um caminho feito, não sabia ainda como seguir, a gente foi construindo o SUS, como Heloísa Machado, a coordenadora da Atenção Básica do Ministério, costumava dizer que a gente foi “trocando o pneu com o carro andando. Quando começamos não tinha nada estruturado, de rede, de organização da atenção básica. Foi um momento muito rico, começar do nada, do zero e, fundamentalmente, um momento de pôr em prática tudo aquilo que a gente sonhou enquanto profissional da área de saúde pública.*

*O começo trazia toda essa riqueza de estar contribuindo para edificar o SUS em Campina Grande e de perseguir e conquistar impactos importantes, que foram feitos com muita garra, porque não tínhamos uma assessoria técnica, não se trabalhava ainda com sistema de informação, com avaliação... Então foi tudo uma forma amadora. Mas a gente tinha uma coisa muito importante: primeiro porque o Saúde da Família em Campina Grande, começou com uma história da militância eu acho que isso é uma coisa muito importante. Começou com E. que é um médico, professor de saúde coletiva da faculdade de medicina da UFCG. Petista, um visionário, uma pessoa que tinha ido à Cuba, e uma pessoa extremamente militante, que entendia o SUS, não só em termo de assistência mas o SUS em termo de construção de cidadania, então isso fez a grande diferença.*

*A construção começou muito na empolgação do sonho de implantar em Campina Grande, o que a gente sonhava e o que estudava na Residência de Medicina Preventiva e Social. Então a gente começou nossa história do “caminho se faz ao caminhar”. E tínhamos espaço, liberdade, mesmo porque ninguém tinha essa experiência acumulada, ela foi se fazendo. Então foi um momento muito rico, de aprendizado, de erros, de muita dedicação, de muito sonho, e de muita organização e de unidade, formado por um grupo sobretudo de militantes, de pessoas que eram apaixonadas, porque a paixão movia de forma que a gente estava construindo uma proposta ideológica, construindo o SUS. Tudo para gente era novo e conseguimos de primeira mão dar impacto e isso fez o resultado ser muito bom! Porque se a gente ia trabalhar num local como o Mutirão que tinha um coeficiente de mortalidade infantil, de 140/1000 nascidos vivos, era esse um desafio. Reduzir a mortalidade, ir trabalhando e aí com muito esforço todo mundo ir mexendo pra um lado e pra outro sem ter a estrutura da secretaria, mas tendo muito apoio de E. enquanto coordenador; C. A. secretária de Saúde, deu toda a carta branca a E., para coordenar e aí a gente tinha esse suporte. Tivemos também o privilégio de reunirmos entre as equipes pioneiras três profissionais que eram egressas da Residência de Medicina Preventiva e Social (RMPS), uma residência de formação de militantes, que tem sua origem nos berços da Reforma Sanitária. Uma gestão que estava começando, um coordenador que defendia o SUS e estava todo mundo num barco só... Ainda não tínhamos conflitos. Os problemas que só vieram com o acúmulo. E estávamos muito juntos com a gestão que estava com o mesmo objetivo da gente, o pioneirismo, o ineditismo de construir o Saúde da Família em Campina Grande, que sequer tinha postos de saúde.*

*Quanto à relação dos integrantes das primeiras equipes com a gestão do governo petista acho que tudo se soma... é uma evolução política, histórica, onde a gente vinha acumulando muitas experiências também. Ninguém sabia fazer saúde da família, ninguém era muito menos militante do SUS em termos práticos. Cada pessoa tinha sua história com experiência no movimento estudantil, em associação de moradores, alguns isoladamente em partido político, mas tudo muito verde, coisa de estudante e tal, mas a nossa prática profissional enquanto militante, ela se deu boa ou ruim, com resultados satisfatórios para uns e outros não, mas foi construída durante esses catorze anos. Então foi assim um período de experiência, de aprendizado de idas e vindas, de prazer e dor, expectativa, frustração, encantamento, desencantamento. Eu acredito que na verdade a*

*gente era dividido enquanto categoria. Não havia esse tempo todo uma grande expectativa do governo petista, isso é verdade no plano local e nacional, porque a gente viu até as práticas como estavam sendo. Então na verdade não tinha essa grande expectativa de que o governo petista fosse transformar muita coisa.*

*A gente era uma coisa do tipo: “um dentro do outro sendo diferente!” A grande expectativa nossa, foi na gestão do secretário sanitário, que a gente não pode separar, pois ela fazia parte do governo petista, mas sobre isso a gente já falou. Acima do governo petista estava a militância, da luta pela gestão democrática, mesmo porque a gente não era criança. Já tínhamos visto que a forma que o PT chegou na prefeitura de Campina Grande se deu por meio de uma aliança estabelecida do governo petista com o governo do PSDB. A chegada do PT ao poder em Campina Grande, não foi fruto de um rompimento. Chegou articulado com todo esse grupo de Campina Grande que historicamente é comprometido com a rede [de saúde] privada. Na verdade basicamente 98% do recurso financeiro da saúde de Campina Grande, historicamente foi voltado para a rede privada. Nós somos um município que temos uma rede quase que 90% privada, vários hospitais, um sistema de saúde totalmente voltado para os grandes grupos políticos e econômicos. Os grandes donos de hospitais é quem definem a política de saúde em Campina Grande. E aí nós não tínhamos nenhuma ilusão de que o grupo petista era o grupo que havia rompido com esse esquema porque na verdade ele foi um grupo de acordos, de alianças, entre o PSDB e o PT.*

*Então Campina Grande não nasce com essa tradição de um processo de eleição, onde o município dá um voto ao Partido dos Trabalhadores. Na verdade ele chegou ao poder por “tabela”, onde a vice-prefeita era do PT. Então “era tudo farinha do mesmo saco”. Então a gente não tinha essa grande expectativa de acreditar em um momento mais revolucionário, mas evidentemente que acreditava na sensibilidade de uma gestão que poderia mostrar alguma diferença. Nós queríamos e achávamos que iria haver um espaço democrático de discussão, onde haveria avanços, onde a proposta do Saúde da Família poderia ser discutida de forma mais política; aprofundar politicamente a crise vivenciada pelo Saúde da Família que a gente tinha o maior afã de discutir. A gente tinha que tentar sair dessa crise. Era preciso fazer uma auto-crítica e uma avaliação do Saúde da Família. E como sempre fomos muito apaixonadas e militantes, ficava meio aquela coisa de “mãe!” Nós podíamos falar, mas não queríamos que ninguém falasse. Se fora do “nosso” espaço escutávamos crítica, então a gente não admitia... E eu acho que isso aí é estratégia, não é coisa só de paixão não.*

*Campina Grande no início do Saúde da Família, em 1995, tinha seis centros de saúde e os postos de saúde não funcionavam na lógica do SUS. As atividades desenvolvidas eram pontuais como vacina, entrega de benefícios e consultas médicas feitas de forma descontínua. O sistema de saúde local mal funcionava e na verdade, inexistia um serviço de atenção básica. Foi um começo de dificuldades de ordem técnica, porque o PSF era um desafio enquanto campo do saber. Era um desafio muito grande colocar na prática profissionais generalista com competência tanto para resolver as questões das clínicas básicas como também da organização, da educação em saúde, da consciência sanitária, da incorporação do controle social de forma que o usuário não fosse um mero consumidor da saúde, mas que ele seja um co-participante.*

*Então no início a gente teve uma experiência extremamente rica de pôr em prática todo o ideal da nossa cabeça, a gente tinha o que era mais importante e mais fundamental que era a UTOPIA, o desejo, a vontade construir o SUS, Então isso foi o mais determinante.*

*Com relação aos conflitos acho que na verdade a vida toda teve isso, porque quando a gente tenta aprofundar um modelo de saúde que traz justiça, acesso, qualidade, humanização, que mexe com a saúde no seu conceito mais amplo, num país, numa cidade com tantas desigualdades, e como nós entendemos que o Saúde da Família, nos leva a rever todos esses processos sociais, de relação com usuários, do direito à cidadania entre outros, então tudo isso leva a existência de conflitos. Daí que o processo do Saúde da Família nunca foi uma coisa pacífica, sempre houve conflito, porque estava sendo*

*implantado numa sociedade injusta, cheia de dificuldades e a gente sempre querendo mais e melhor... É tanto que sempre atuamos norteadas pelas Conferências de saúde Local, Estadual e Nacional. Agíamos para que de uma forma muito clara pudéssemos trazer esse novo conceito de saúde, um novo velho, mas sempre trabalhando lá com princípio de justiça, de igualdade, de universalização, de acesso.*

*Durante toda essa trajetória nunca conseguimos dizer que tem uma gestão que trabalhe no mesmo patamar que o nosso, mas que os conflitos sempre foram proporcionais ao tempo de implantação, e na medida em que iam se avolumando, iam se expandindo, a gente também ia se afinando. Na medida em que exercitávamos na prática o que é o Saúde da Família, nós fomos construindo, fomos crescendo. Errávamos e amadurecíamos. Íamos apurando esse modelo que em sua trajetória ia trazendo também maiores necessidades e essas geravam maiores angústias, maiores inquietações; mais conflitos, mais reivindicação, mais organização da categoria, mais estratégia de organizar os usuários.*

*Quanto mais uma gestão tiver sensibilizada com o projeto, menos conflito. Mas na verdade o nosso querer era sempre maior do que a gestão podia ou se dispunha a fazer... Então sempre tivemos conflitos. Eu acho que o Saúde da Família nasce com conflito, porque pela própria origem do Saúde da Família que é uma proposta de igualdade, de justiça, porém a gente não tem isso na prática. Eu acho que o grande problema do Saúde da Família é que ele vive um começo macro de UTOPIA, de gestão, que implantou o que queria e depois isso vai caindo porque as gestões não vão acompanhando. Então para nós há um esgotamento, e pra gestão... – estagnação. Não avança. Daí que sempre fomos muito confundidas em querer fazer avançar a proposta e entendiam que éramos chatas! Que nada nos satisfazia, que éramos aquele povo do tipo que sempre quer mais. Então sempre houve uma grande incompreensão... O que é ser militante da saúde? E aí eu acho que a gente cometeu também vários erros... Porque eu acredito que essa própria crise que eu falei lá atrás, também foi reflexo do que nós éramos enquanto militantes, esquecemos da categoria. Isso é uma avaliação totalmente pessoal! É tanto que quando a gente cria a Associação, nós tínhamos muito mais uma entidade, uma sociedade, pra definir, aprofundar os princípios do SUS e da estratégia do Saúde da família e da questão da qualificação profissional. Porém nós não reforçamos discussões relativas à precarização do nosso vínculo de trabalho, estabilidade, Plano de Cargos Carreira e Salários, enfim situações concretas que estouraram lá na frente, como a questão do vínculo trabalhista que foi uma grande roubada! Foi uma bomba de efeito retardado! Que a gente sabia que mais cedo ou mais tarde iria acontecer e nós pecamos em não nos preocuparmos muito com isso porque em nome da militância a gente só conseguia ver realmente os avanços do SUS, se preocupava muito mais com defesa da proposta, da militância, da reforma sanitária, da construção do PSF, porque, inclusive para nós era muito importante mostrar que a estratégia do Saúde da Família era viável! Isto a gente conseguiu, mas não pensávamos em refletir sobre as questões inerentes ao processo de trabalho, dos problemas relacionados à categoria profissional, então realmente “nós dormimos de touca!”. Muito mais do que organizar questões da categoria, eu acho que o grande racha que nós tivemos foi reflexo de toda condução política que nós demos ao processo, da forma como militávamos e que trouxemos para o Saúde da família para tentar fortalecê-lo. Nós não nos preocupávamos com a questão do vínculo, nós não nos preocupávamos tanto com a própria questão salarial, nós não nos preocupamos muito com a satisfação do profissional, do trabalhador de saúde. Então nós enquanto militantes só víamos realmente a questão do PSF, ele é viável, ele é uma estratégia, ele é revolucionário, ele é importante. E eu acho que pecamos muito em relação à questão de cuidado com o trabalhador, o cuidado no sentido de organização mesmo. Não é brincadeira, mas eu acho criminosa a política de recursos humanos do Saúde da Família. Nós assistimos a precarização, assistimos o desrespeito, assistimos profissionais que profissionais que já atuava no Saúde da Família e o processo foi totalmente desumano. Então, quem foi militante, quem se dedicou, quem construiu a vida toda chega um belo dia que está todo mundo desempregado e vão se submeter a um*



*concurso e aí o resultado é o que todo mundo já assistiu na imprensa, em todo lugar... O índice de aproveitamento dos profissionais que já trabalhava no PSF, não chega nem a 20%. Isso causou muita dor causou muito sofrimento, porque lidar com o desemprego de pessoas que a vida inteira só sabia fazer saúde da família, olhar pra um canto e pra outro e está desempregado... Foi muito doloroso. Então eu acho que essa foi uma política totalmente desrespeitosa e que há pecado das três instâncias de governo estado, município e governo federal.*

*Eu faço essa autocrítica! O grande problema é que o Saúde da Família sofre com o limite “da mediocridade de uma gestão!” Então, se a gente realmente conseguisse fazer do Saúde da Família uma estratégia de estruturar o Sistema Único de Saúde, como porta de entrada da Atenção Básica, com reais condições de infra-estrutura física, sistema hierarquizado, medicamentos e insumos à mão, decisão do gestor para promover os princípios do SUS, demais níveis de complexidade voltados para a otimização da estratégia saúde da família; aí eu digo que a gente não conseguiu, esse foi o grande “nó”, o grande ponto de estrangulamento, o Saúde da Família não conseguiu avançar em termos de estruturar o SUS. A gente não passa de uma “organização da Atenção Básica”, não passa de um gargalo que estrangulou.*

*Se você está com uma proposta que ainda não é hegemônica, que ainda sequer deu resposta ao que estrategicamente a gente se propõe a fazer, então você não quer que tudo saia a bater nela. E tínhamos essa grande missão de fazer as críticas internas, de tentar superar pela esquerda, não pela direita. Para que a gente pudesse vir a dizer que o PSF está ruim e se está assim é porque precisa acertar.*

*Provar para gestão que o PSF precisava ser aprimorado para não cair lá na frente no desencantamento, no pântano. Era por isso que a gente colocava no meio da crise, que era preciso “tirar a saúde dos braços macabros de Tântatos para depositá-los cheio de vida nos braços de Eros”... E aí, eu digo que a gente não levou pra os braços de Eros, digamos que não está ainda em Tântatos, mas Eros está muito longe... Porque a proposta realmente não teve superação dos seus nós críticos no governo petista. Tínhamos a meta de expandir porque seríamos mais e seríamos fortes. Seria bom quando a gente chegasse em 100% de cobertura, porque estrategicamente a gente fechava Campina Grande toda. Teríamos a categoria toda organizada, sem nenhuma ilusão. Teríamos 100% dos usuários. Então nós éramos fortes. Nós teríamos força e nós trabalharíamos nos três cantos de ação controle social, profissionais e gestão. Também não dava! Era utópico. O que era qualificar? Reduzir o número de famílias de 1.200 famílias para 600, e daí para ser como Cuba, que o número de famílias era 100 famílias para um médico?... Não!*

*A gente tinha a estratégia de que o mais importante é que a gente se fortalecesse, que agente colocasse o Saúde da Família, não mais como estratégia, mas como modelo de saúde de Campina Grande. E aí gente sabe que isso não se deu, não conseguimos ver avanços neste sentido. Ampliou-se, aumentou o número de profissionais, acho que hoje é 60 ou 80% a mais do que no final do governo petista. Não sei. Já estou há quatro anos fora e não pretendo voltar nunca mais. Enfim, no início éramos cinco equipes e sempre achávamos que, enquanto militantes, que tudo só ia para frente quando tivéssemos um exército forte de profissionais dotados politicamente de paixão e de compreensão política, entendendo que saúde da família não é uma política de cima para baixo mas, que ele é sobretudo uma política construída com os militantes do SUS. Então a gente tinha todo esse arcabouço na cabeça, como no sonho e no coração... Estávamos totalmente no caminho certo. Juntos acreditávamos, como ainda acredito, que só existe um caminho que a gente pode melhorar a qualidade de vida, organizar e estruturar um serviço de saúde que é com organização da população, dos trabalhadores. E aí a nosso objetivo era essa. Tivemos isso na gestão passada. Porque a gente pensou que não podia piorar no governo petista. Mas no governo petista a gente teve avanços importantes. Não é nenhuma contradição falar do que teve de bom e de ruim, porque a*

gente enquanto militante, a gente está sendo política. Nem tudo é céu, nem tudo é inferno. Então tudo foi de acordo com o nível de organização dos trabalhadores, o nível de compreensão política que tínhamos com a questão do acúmulo da carga emocional, porque ninguém é de ferro. Porque uma coisa é você ser militante e ter que pensar o Saúde da Família estrategicamente, organizar-se e ter uma carga enorme de atividade pra você exercer. Ou seja, além de militante, você é um profissional cobrado, porque você tem uma população pra cuidar. Uma população que carrega seus problemas sociais, de saúde, biológicos, físicos, mental e emocional. Então quanto mais ampla a visão do profissional de saúde da família, maior a carga de sofrimento. Porque você tem que ser capaz de lidar com a Atenção Básica, com saúde e aí se qualificar porque senão se desvaloriza, se torna um profissional que não produz impacto, que não dá resolutividade... A gente tem que trabalhar para atingir indicadores de qualidade, que realmente possa reverter a grande porta de entrada do sistema que eram os hospitais. Dar a satisfação ao usuário do SUS, enquanto ser humano que está exercendo sua cidadania. A gente precisava ser tecnicamente bom, politicamente maduro e ter energia para ser militante e todo dia “matar dez, quinze leões!” E aí alguns teóricos que estão pensando o Saúde da Família, afirmam que ele vive um processo “antropofágico” e eu concordo! Nós somos canibais de nós mesmos... Nós vivemos hoje no saúde da família, uma grande crise, e você pode ver a tradução, a leitura dessa crise entre profissionais e profissionais. É realmente o do “salve-se quem puder!”. Você vê a questão do médico que não está envolvido, é a questão da enfermagem que ocupa um espaço importante dentro do Saúde da Família, a própria odontologia, mas que a gente não consegue politizar essa crise, porque... por que dói no seu “couro”, dói na sua pele, dói no seu sono, na sua qualidade de vida... Então já vem aí um mercado de trabalho de uma rotatividade muito grande, você não vê mais a satisfação do profissional, você não vê politização entre categorias e estas começam a ter muito conflito, uma brigando com a outra, por questões salariais. O médico tem um mercado de trabalho maior, ele já pode estar driblando e pulando de um município pra outro... vai de acordo com quem dá mais, quem oferece mais, quem reduz mais a carga horária. Você já vê um grande número de adoecimento de profissionais. E termina que a crise se estoura por aí. Quando a crise consegue politizar melhor aí pode haver outros ganhos... Se você perguntar: E os problemas são diferentes? Não. Eles não são diferentes. São até sentidos de formas diferentes porque existem. São conjunturais e estruturais, porém acho que a grande diferença também é a forma das expectativas que a gente traz e da própria utopia. A utopia também quando ela começa a cair a enfraquecer, você olha pra um canto e pra outro e vê que o que se construiu ainda não era o que estava sonhando e que você ainda tem grandes problemas a enfrentar para materializar esse sonho. Dai parte que ninguém é de ferro, você também não está ilhado no PSF, e que também não faz a revolução sozinha e eu não saberia nem dizer se os problemas são maiores ou menores, eu só diria que a utopia é menor.

Sobre a atuação no PSF e as necessidades da população assistida anterior ao governo petista, não dá pra conseguir na prática fazer uma diferença desse governo antes e depois. Na verdade politicamente esse governo não imprimiu nenhuma diferença em termos políticos em Campina Grande. Ele se caracterizou somente na alternância de poder, uma continuidade da mesma gestão que a gente vivenciou durante o ano todo da nossa militância política. A grande questão que bate muito forte na gente enquanto profissionais militantes é que esse governo não mostrou ao que veio, não fez diferença. Nós não conseguimos ver que antes tínhamos necessidades, nós não vimos nem um marco histórico, político, econômico, de organização, de politização, nessa gestão. Pelo contrário foi uma gestão traduzida nas manchetes como uma gestão melancólica e de frustração. Esse governo petista não teve nenhum impacto, nenhum marco para Campina Grande. Ele não passou de uma decepção! Porque ele foi a continuidade, o continuísmo... E ele sequer teve tempo de imprimir algum caráter diferente. Então politicamente para nós não passou de um acúmulo de problemas. Então profissionais que se a vida toda se dedicaram onze, catorze anos ao Saúde da Família e um belo dia são

*todos exonerados, demitidos e que foram se submeter a um concurso, cujo tempo de trabalho, de experiência, não entra com peso para quem já estava há muito tempo na prática...Concurso esse que não deu tempo aos profissionais de se prepararem e o resultado é o que qualquer um podia prever... Não houve aproveitamento da maioria deles. Não fez nenhuma diferença, não politizou, não imprimiu nenhuma qualificação em termos políticos, nem proposta salarial, nem em termo de população. Pelo contrário, nós tivemos inclusive problemas com a gestão petista, tivemos medo de não continuarmos com a Coordenação, que tínhamos já barganhado em gestões passadas. Enfrentamos vários tipos de gestão. Umas avançadas, outras do tipo tradicional, como a própria gestão dos Cunha Lima que entendia o município como seu patrimônio e do PSDB. Historicamente são como os “donos” de Campina Grande que sempre foi gerenciada por este grupo. Este PSF teve muito a nossa cara, a nossa disposição, enquanto militância e, teve essa marca, essa característica porque até nessa gestão de Campina Grande, nessa tradição histórica dos Cunha Lima nós tivemos alguns respaldos importantes, para nossa estratégia e conforme a nossa capacidade de luta, de organização, nós conseguimos botar a Coordenação do PSF no governo do PSDB e do grupo Cunha Lima que era um governo com o qual tivemos muitos conflitos, mas conseguimos nos impor através da organização.*

*Fizemos grandes barganhas, que a gente considera como marco histórico importante. E aí com a saída de E. tivemos problemas com coordenação do PSF, em termos de valorização do Saúde da Família, onde nós tivemos profissionais que foram coordenadores, mas sem o perfil, sem um acúmulo, sem a capacitação para conduzir tecnicamente o Saúde da Família. Isso mostrava a desqualificação e a desvalorização da gestão quando se colocava um coordenador que não era aquela pessoa que nós esperávamos em termo de militância. Para nós não bastava só o perfil técnico, tinha que ter o perfil político que sempre foi a nossa exigência. Então nós conseguimos esta barganha no governo e nós tivemos medo na gestão petista, sentimos a ameaça de perdermos a Coordenação do PSF que foi um processo rico e democrático, que foi a categoria que reivindicou esse cargo, então ele tem uma conotação política pra gente. O nome da coordenadora na época, não é por ser A.F., é que tem um significado importante para gente, e a sua indicação que foi resultado da prática democrática da discussão era realmente uma pessoa que compreendia e que tinha um perfil ético, de liderança, técnico e político, e o nome dela tinha aceitação pela gestão do PSDB. Até hoje, nós não temos nenhuma mudança significativa politicamente, em termos de gestão. Campina Grande teve só alternância de poder, só! Não tivemos uma gestão, que se diga democrática, de alguém que chegou perto da classe trabalhadora, de tradição de luta, de participação democrática, um espaço aberto.*

*Campina Grande continua a mesma cidade, é dominada e mandada por prefeituras e pessoas que tem um compromisso com o atraso, com grupos políticos, que não tem a prática democrática. Nós convivemos com problemas ainda típicos de coronelismo, de perseguição política. São práticas que podemos dizer ao longo desses nossos catorze anos, a gente nunca viu diferenças em relação a isso. Parece que estamos sempre a frente da estratégia e exigindo muito mais do que a própria gestão O que é uma grande contradição... É uma proposta de governo ou é uma proposta de militantes? É uma questão que a gente sempre discutiu, porque o PSF é uma proposta de governo, de Estado, e não de quem passa pela gestão!... Então a gente sempre queria isso, que fosse realmente uma decisão política prioritária para cada governo.*

*Nós sempre tivemos uma tarefa “Hercúlea” de vender o próprio peixe para a gestão. A gente sempre conflitou até então com todas as gestões porque a compreensão da gestão está sempre aquém da compreensão da nossa militância, enquanto defensora enquanto idealistas enquanto pessoas que defendem a construção do SUS, como projeto de vida, como construção social que passa por acesso universal, por humanização, por democratização, então sim esses conflitos são perenes na nossa vida, na nossa militância. Sobre a minha impressão sobre o Saúde da Família em Campina Grande*

hoje... Eu tenho acumulado muito sobre o PSF durante esse tempo todo, são quinze anos em Campina Grande.

O PSF é um adolescente. Está debutando, quinze anos agora. Eu não consigo nas minhas avaliações separar porque é dentro de um processo. O que eu posso dizer é que a gente chega e pensa que não tinha o que piorar e aí eu falo em todos os sentidos. Em termo de condução política, de processo ético, de transparência, eu acho que essa gestão que entrou em 2003 mostrou um retrocesso político muito grande, porque, nós já tínhamos conseguido superar algumas práticas de sermos desrespeitados, práticas de desmantelamento da organização do movimento que são práticas autoritárias e que agora tem o retorno nessa gestão. Essa gestão foi totalmente desrespeitosa com os profissionais desde a forma como conduziu a questão do TAC, do Termo de Ajuste de Conduta, como conduziu o processo de uma bandeira importante que era o Concurso para dar estabilidade; mas tudo foi conduzido de acordo com quem estava na frente. Uma coisa que poderia ter sido boa aconteceu de uma forma muito dolorosa... Eu bato nesta tecla... O processo de concurso público que houve, não é uma questão de Campina Grande, ele tem reflexo nacional, de uma política de recursos humanos, mas a condução como foi feita aqui foi extremamente cruel! Porque não levou em consideração nenhum pré-requisito que pelo menos melhorasse a auto-estima dos profissionais, que no mínimo valorizaria profissionais que estavam a tanto tempo de trabalho se dedicando a construção do Saúde da Família... Então essa gestão foi extremamente despolitizada em termos de compreensão do que é o Saúde da Família, da estratégia importante como política pública. Ela conseguiu tirar conquistas importantes, inclusive ferindo os princípios do Saúde da Família. Por exemplo: desmobilizar, pulverizar profissionais que conseguiram ficar depois do concurso público, onde já tinham profissionais que carregaram todo um histórico de vínculo que é um princípio importantíssimo do Saúde da Família, profissionais que já estavam numa unidade há dez, doze, oito anos, ou até mais tempo, fundadores do PSF que se mantinham na mesma unidade e essa gestão sem nenhuma justificativa, num ato extremamente irracional resolveu transferi-los. É uma gestão que adota práticas muito atrasadas e coronelistas, de desmobilizar, de perseguir e de desvalorizar e de uma forma muito grosseira e repressora! Essa gestão finalmente mexeu com umas das coisas mais importantes, pois tudo que a gente conseguiu no PSF, passa pela questão da organização da categoria e da população, e foi justamente por aí onde ela atacou. Ela foi uma gestão de perseguir, de desmobilizar, autoritária... Se na gestão petista foi uma fase de desencantamento, inclusive nós fizemos na gestão petista um enterro simbólico da Saúde da Família e do SUS e da gestão. Tivemos simbolicamente este momento em praça pública, de fazermos o velório, o enterro desta gestão e desta crítica ao que a gente discordava das práticas que eles tinham com os trabalhadores. Esta gestão do atual governo do prefeito Veneziano, do PMDB, conseguiu resgatar práticas que a gente achava que já não existiam mais, do medo! Do medo de se organizar, de falar, de reivindicar, do medo de ser profissional militante.

Então foi o momento onde realmente conseguiu botar a “última pá de terra!”... Enquanto militante do Saúde da Família eu só acredito que ele consegue avanços se a gente conseguir a nossa organização. Esta gestão nos desrespeitou muito, inclusive porque até o um direito elementar que nós tínhamos que não tinha nenhum ônus para eles, mostra como foi perseguidora, que até o nosso Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que é a nossa poupança, que estava depositado na Caixa Econômica Federal. Nós tivemos que botar um advogado pra poder ter o nosso direito. Um direito total do trabalhador, onde não iriam tirar um tostão do seu bolso... Então chega a ser uma coisa ‘crudelíssima’ e por aí já se mostra como foi essa gestão... Então, Campina Grande vive a decadência do Saúde da Família, politicamente, tecnicamente...

A atual gestão não conseguiu acompanhar as necessidades do Saúde da Família que até então nós achávamos insuficiente, mas tinha conseguido alguns avanços técnicos na Secretaria. Houve também um retrocesso na escolha de cargos técnicos, que são escolhas por indicação política, cargos de confiança, com pessoas que vão rezar na cartilha da gestão. Enfim, um horror! Eu acho que é uma despolitização muito grande e

*que Campina Grande vive um retrocesso em todos os sentidos e o que é mais forte é a incompreensão política do processo democrático e da riqueza que é esse confronto, esse conflito entre o Saúde da Família, que fundamentalmente é essa escuta entre gestão e trabalhador. E chegamos no ápice de mostrar o limite do Saúde da Família enquanto proposta.*

*O governo petista nos mostrou o limite em termos de gestão. No governo de Cozete, na gestão do Secretário Sanitarista, a gente via limite estrutural tendo como causa a proposta neoliberal. A gente viu práticas atrasadas, de perseguição de desmobilização, parecíamos inimigos e não militantes querendo a construção do SUS. E isso se revelou de uma forma muito clara, foi divisor de águas, inclusive porque se tratava muito com a questão da desarticulação, da repreensão, do medo de perder o emprego! Profissionais com medo de perder o emprego! Ainda estavam no período probatório e de não se organizar. Um período de uma política com práticas extremamente autoritárias, conservadoras e despolitizada. Então prá mim foi o desencantamento e o final de uma proposta que a gente “Os Dons Quixotes”, não víamos mais saída não; foi o final de uma proposta... E aí eu digo: o Saúde da Família, é proporcional à expectativa de alguém. Se você acha que está fazendo uma política de evitar que morram crianças, de melhorar a cobertura vacinal, de quem não tinha nada, de uma assistência de “pobre para pobre”, eu digo que não estamos na África Subsaariana; então eu digo: avançamos! E também não vou ter nenhuma ilusão de dizer que de noventa e quatro para cá houve avanços da Atenção Básica, da “Cesta Básica”, sim, avançamos... Porém, para militante que acreditava na defesa de construção do SUS, no processo de democratização, na questão da saúde como direito de cidadania, qualidade de vida, pode-se dizer que Campina Grande nesse sentido deu um giro de 380°, ou seja, voltou pro zero, em termos políticos, de compreensão, de militância, de organização, de embate ideológico.*

*O PSF era para estar numa fase crítica de discussão com todos que acreditavam nele pra superar essa crise de forma construtiva, mesmo entendendo os limites de uma política neoliberal, mas, nem isso! Além dos limites da política neoliberal, temos os limites de uma gestão totalmente descomprometida com a compreensão do Saúde da Família, totalmente conflitante com os nossos ideais, militantes da Saúde Pública, da Reforma Sanitária e construtores do PSF em Campina Grande. Então prá mim é assim um marco totalmente de apatia, de desencantamento, de frustração. Se você me perguntasse se eu acredito na força de mobilização e na organização, eu u responderia, sim! Mas tudo isso tem que ter esperanças e a minha esperança foi e é proporcional ao tamanho do meu sonho e da minha ideologia. Hoje nenhuma! Se eu hoje tivesse outro sonho, outra expectativa e uma compreensão mais limitada politicamente, não tivesse sido uma paixão de construção do SUS, de que era uma estratégia revolucionária, talvez hoje eu ficasse satisfeita de ter conseguido organizar um “basicozinho” para organizar o SUS em Campina Grande; mas como militante idealizadora ver essa estratégia como algo importante para gerar avanços, ter expectativas... estaria mentindo. Eu não consigo ver principalmente nesta crise e com essa política que todo dia tem decepção, de políticos cada vez menos comprometidos com a população, eu não tenho nenhuma expectativa. A minha fala morre no desencantamento... Se eu disser para você que faço hoje o Saúde da Família como profissional que vive dele para sobreviver, mas enquanto militante que acredita, eu estaria faltando com a verdade. A minha experiência, a minha vivência mostram que a proposta já atingiu o seu limite e que não passa de uma política compensatória, de uma “cesta básica”... Ai sim, ainda pode trazer muito sofrimento se as expectativas forem grandes, porque na verdade ela consegue se apurar, deixar com muita clareza, ser uma proposta limitada que qualquer tentativa de se fazer avançar esbarra no modelo neoliberal. Então é a luta de todo um Estado neoliberal contra um profissional, coitado, aqui na base, inocente, querendo organizar.*

*Outra coisa de retrocesso que reflete a compreensão política que nós tivemos foi quando essa gestão retirou, conseguiu desmobilizar e tirar do quadro de profissionais do Saúde da Família uma conquista e um avanço importante que nós tínhamos que foi a*

*inserção do assistente social no Saúde da Família, que era um ineditismo que Campina Grande. Então neste retrocesso a gestão deixou claro como compreende, porque ao retirar o assistente social conota o que este profissional representa toda uma mudança no paradigma de saúde, como direito, como qualidade de vida, como uma conquista, direito de um cidadão. Este profissional que defende a saúde nestes termos e a formação do usuário como um construtor da sua história. E essa decisão representa o retrocesso que nós tivemos, porque se Campina consegue ser vanguarda de introduzir um elemento que simbolicamente tem um peso muito grande no processo político de compreensão do que é saúde, o contrário também é verdadeiro. A sua retirada mostra como a gestão desqualifica como não compreende e a gente só teve conflitos desde o início desta gestão. E aí é uma coisa extremamente injusta que durante esse tempo todo Campina Grande vivenciou. Não era bem uma revolução, nós éramos reformistas, da Reforma Sanitária. Eu tive até discussões com colegas e essa coisa aí do PSF ou muda esse país ou não muda nada, mas na prática a gente tentava construir aquele ensinamento de Gramsci, a gente vai dentro disso aí tentando mudar...*

*Então expectativas? Eu particularmente não tenho nenhuma. Minha fase foi de sonho, da conquista, sonho sai, sonho desce, e a gente tropeça, aquela coisa de Chico Buarque, que a gente dizia: “Que sonho é esse que não se sai e vai trocando as pernas e muda de sonho...” Eu acho que não tem mais sonho, pra mim... PSF, é uma política limitada, é uma saúde “de pobre pra pobre” e só contribui para esse governo neoliberal se autoafirmar. Ela é importante em termo de capitalismo. Tecnicamente eu diria que ela foi muito importante, politicamente eu diria que hoje em dia ela chega a ser um grande retrocesso. Eu terminei o PSF com um desencantamento. Eu não vejo fases de superação e não é um quadro que eu vejo só de pessimismo não. Eu faço uma avaliação dentro do que eu vivi... Lógico, que eu sofri que eu vivi... A mesma mulher que sonha que era militante, que construía. Era uma profissional que se dedicou quinze anos de sua vida tanto técnica, profissional e militante; e o que eu consegui elaborar e construir nesses anos é que é uma proposta limitada, neoliberal, e que satisfaz muito mais alguns grupos de proposta neoliberal do que os profissionais e usuários.*

## **COLABORADORA MARLENE**

Marlene, calma, tranquila, cuja força interior move montanhas.

*Tom Vital: No entanto 15 anos de PSF não chegou ainda a mudar realmente o quadro de morbidade, de reduzir a atenção curativa, muito pelo contrário. Como o Saúde da Família perdeu muito em sua qualidade com passar dos anos, com as mudanças de gestão, eu acho que esse quadro está voltando. Eu acredito que esteja nesse nível, embora que com todas as gestões pelas quais passamos os problemas são quase de todos os mesmos. O que mudava era muito pouco: era a prioridade que se dava ao Saúde da Família, ao entendimento da proposta e aí poderia avançar em alguns pontos.*

*Ser profissional do PSF no período de 1994 a 2004 significou a minha realização enquanto médica, militante da saúde pública, pois ao atuar no Saúde da Família eu tive a oportunidade, de pôr em prática todo o aprendizado teórico que tinha recebido durante a Residência de Medicina Preventiva e Social. Algo que no início dessa caminhada, na década de 1990, quando discutíamos em grupo, achávamos que seria quase impossível fazer saúde da família tendo em vista, as políticas de saúde vigentes na época.*

*A construção começou muito na empolgação do sonho de implantar em Campina Grande, o que a gente sonhava e o que estudava na Residência de Medicina Preventiva e Social. Algo que no início dessa caminhada, na década de 1990, quando discutíamos em grupo, achávamos que seria quase impossível fazer saúde da família tendo em vista, as políticas de saúde vigentes na época.*

*Então com a implantação do Saúde da Família, eu tive a oportunidade de realmente trabalhar como médica na saúde pública, pondo em prática as teorias da saúde coletiva e todos os postulados do Sistema Único de Saúde. De trabalhar em equipe, em comunidade com a clientela adstrita. Fazer planejamento, avaliação... Foi um momento muito gratificante da minha vida, que me fez amadurecer muito como profissional e que trouxe um lado positivo que foi o conhecimento de pessoas que tinham os mesmos pensamentos que os nossos, onde pudemos desenvolver trabalhos maravilhosos, acompanhar melhorias dos indicadores de uma comunidade, trabalhar com a intersectorialidade, isso foi muito gratificante.*

*Depois que eu saí do trabalho direto com a comunidade em que trabalhei por muito tempo, em Campina Grande, fui atuar como técnica da secretaria de saúde na Rede de Apoio à Expansão do Saúde da Família, criada em janeiro de 2003, com o objetivo de ampliar a minha ação. Com todo aquele aporte, o aprendizado vindo da experiência de nove anos trabalhando em equipe de saúde da família, me deu suporte para coordenar as equipes de um de um distrito sanitário. Aí tive a oportunidade de contribuir no trabalho, na orientação, no assessoramento dessas equipes do distrito sanitário III. Isso também foi gratificante. Foi outro tipo de ação que desenvolvi junto ao Saúde da Família em Campina Grande. Um trabalho no qual pude acompanhar, além da atuação dos profissionais, outras comunidades com características diferentes da que a gente trabalhava. Mas isso também me enriqueceu muito como profissional. Depois deste período tive a oportunidade de trabalhar na Coordenação da Vigilância em Saúde, apesar do pouco tempo, mas também foi um momento muito importante da minha vida, apesar de não ter conseguido por em prática os pensamentos nossos, do grupo. Mas como a gente tinha em mente a importância de uma Vigilância à Saúde bem estruturada, voltada para problemas reais do município, a gente foi com o intuito de melhorar os indicadores, de fazer análise de dados. E, de posse de todos esses dados consolidados, procurar melhorar o nível de saúde da cidade. Apesar do pouco tempo de atuação considero-a uma experiência importante que também me trouxe amadurecimento pelo aprendizado que tive ao lidar com grupos heterogêneos, com profissionais de pensamentos diferentes.*

*Então foi muito bom. Em*

*resumo trabalhar com o Saúde da Família foi algo assim inesquecível, apesar de nem sempre ser um “mar de rosas”, tudo maravilhoso, mas que faz parte também do aprendizado. Consegui trabalhar, apesar das adversidades. Mas isso é algo que conta muito na minha vida profissional. Eu me lembro do início em cinco equipes, no momento de implantação do Saúde da Família, já que eram do plano piloto, tinham que mostrar que essa era a estratégia correta para efetivação da atenção básica. Era um grupo muito coeso, tínhamos o coordenador, conhecedor da estratégia, defensor também do SUS, e ele conseguiu através da Secretaria de Saúde, junto ao prefeito, que não houvesse ingerência política sobre o Saúde da Família. Caso houvesse fosse apenas como determinante das ações de modo a viabilizar o aporte técnico epidemiológico. As equipes pioneiras tinham uma participação muito ativa junto com a coordenação e a secretaria em reuniões realizadas com frequência. Era uma participação efetiva mesmo, e que atuavam na definição do planejamento, na avaliação.*

*O início sempre foi melhor que nos anos seguintes, mas a partir das mudanças de gestão, a prioridade já não era tanta para Saúde da Família. Com o aumento embora tímido das equipes de saúde, da baixa cobertura das equipes de saúde da família no município, com o passar do tempo foram surgindo outros problemas de infra-estrutura, de não haver o acesso ideal a especialidades, de falta de medicação... Então a gente enfrentou muitos problemas inclusive até descrença ou de má vontade por parte da*

*gestão com o Saúde da Família. Alguns gestores não o Saúde da Família como a estratégia principal para organizar a atenção básica e também os outros níveis de saúde. Então foram embates muitos grandes que tivemos, reuniões longas, cansativas e penosas com secretários, prefeitos. Essas reuniões eram feitas não só para o melhoramento do Saúde da Família, mas também para discutir questões diretas dos profissionais com relação aos salários, aos direitos dos trabalhadores do PSF.*

*Foram muitos problemas, muitos obstáculos que a gente enfrentou, mas as equipes pioneiras sempre tiveram unidas e fortes na defesa do Saúde da Família e do SUS. A mídia divulgava a participação dos profissionais dessas equipes, a nossa participação, pois fazíamos um movimento tão forte que conseguíamos trazer pro nosso lado muitos aliados, tanto da área de saúde como de outros setores da sociedade e que nos fortaleceram muito mais levando ao ponto das discussões serem levadas para os Conselhos de Saúde e Câmara de Vereadores e nesses espaços era realmente mostrado que o Saúde da Família era o caminho para o fortalecimento da atenção básica e do SUS.*

*Sobre a gestão do Secretário Sanitarista... o que significava termos uma gestão petista no município, foi algo assim inusitado e que despertou muita esperança de algo novo, de um modo diferente de gestão. Expectativas que as gestões do PT sempre trazem, por anunciarem todo um comprometimento com as necessidades da população. E o secretário sanitaria ter sido nomeado como secretário de saúde, por nós termos conhecimento da sua vida, da sua responsabilidade profissional, do seu conhecimento, um defensor do SUS, nos encheu de expectativas em que algo fosse acontecer diferente na Secretaria de Saúde de Campina Grande.*

*Por mais melhorias que tivéssemos constatado na saúde da Campina Grande, após a implantação do Saúde da Família, reconhecíamos que muito se tinha de aperfeiçoar com relação a gestão, a organização do serviço, o trato com a coisa pública. Aí nos enchemos de expectativas e nos colocamos à disposição para contribuir naquilo que pudéssemos fazer. Nos primeiros momentos da gestão petista essas expectativas começaram a ser concretizadas num salto muito grande. Houve expansão do Saúde da Família, embora tímida, mas gerava a necessidade de ampliar a Coordenação, ou seja, formar a Rede de Apoio ao Saúde da Família, visto que da forma como estava estruturada [a coordenação] não apresentava condição de acompanhar todas as equipes, ele acatou esta idéia, que já era algo discutido entre o grupo do Saúde da Família. Era necessário melhorar o trabalho da Coordenação do PSF. Então essa montagem do grupo de apoio nos mostrou um bom começo da gestão do Secretário Sanitarista, nos mostrou o interesse de realmente melhorar a situação de saúde no campo organizacional. Mas, com o passar do tempo as coisas já não estavam nos agradando muito, uma vez que a máquina administrativa – algo que dificilmente um gestor consegue fugir. Nenhum gestor consegue ter autonomia por mais apoio que tenha do executivo – limitava sobremaneira ações que considerávamos importantes de serem realizadas na saúde em Campina Grande.*

*Apesar disso, é preciso reconhecer os muitos avanços e mudanças na estrutura da Secretaria de Saúde do município, onde não resta dúvida que houve uma melhora e que passou a ser mais dinâmica. O Secretário Sanitarista era uma pessoa batalhadora e por ser conhecedor dos setores, dos técnicos e dos meandros do Ministério da Saúde, conseguiu trazer muitos projetos, muitos financiamentos para Campina Grande. Só que essas conquistas e todo o seu trabalho não foram acompanhados de uma decisão política de mudar o estado de coisas do município, não conseguiu mexer nas estruturas da política. Então o trabalho ficou na superficialidade e isto realmente não trouxe as mudanças que a gente desejava e esperava acontecer. Digo até que foi um pouco frustrante, decepcionante, por tanto que a gente esperava. Por incrível que pareça, foi nessa gestão que mais nos movimentamos politicamente e chegamos a fazer até greves com todas as equipes participando e que naquele momento não estavam muito satisfeitas com a sua gestão.*



*Sobre a participação das equipes pioneiras ao lidarem com as gestões anteriores ao governo petista, atuava-se de acordo com os desafios que iam surgindo no cenário político e que estavam diretamente ligadas à saúde.*

*Sobre a relação dos pioneiros das equipes do Saúde da Família com a gestão do governo petista, não é porque eu esteja incluída nele, mas foi assim uma conjunção de pessoas realmente voltadas para a defesa do SUS. Eu acho que isso foi o ponto diferencial das equipes pioneiras em Campina Grande. No início quando conhecia nada sobre o Saúde da Família só se queria a melhora do SUS, trabalhar na saúde pública, pessoas que não estavam satisfeitas com o modelo assistencial da época, então foi uma reunião de trabalhadores, que ao formarem as equipes, se uniram de um modo que teve a diferença na implantação no Saúde da Família de Campina Grande que ficou conhecido nacionalmente e até hoje tem esse reconhecimento e é mencionado quando se fala dos primórdios do Saúde da Família. Esse grupo continuou nas mesmas comunidades e isso proporcionou um fortalecimento, a participação social na luta, isso foi importantíssimo.*

*Com a chegada da gestão petista esse grupo apesar de tudo que havia feito, estava muito sofrido, porém continuava bem unido. Tinha iniciado a Associação de Profissionais do Saúde da Família de Campina Grande que considero uma estratégia muito importante para a organização da luta dos profissionais e dos seus direitos e da consolidação do Saúde da Família. Então ao iniciar a gestão do PT imaginávamos que por termos os mesmo objetivos, as mesmas bandeiras, que esse encontro entre o grupo do PSF e a gestão petista seria o ideal. Pensávamos que não haveria embates porque os pensamentos e objetivos eram os mesmos. Só que foi um engano. Nos primeiros encontros que tivemos com a prefeita, percebemos que a coisa não seria dessa maneira que estávamos pensando, o que nos surpreendeu bastante, porque foi mais difícil o contato. A negociação com ela foi mais difícil do que com os prefeitos anteriores - de outros partidos que não defendiam as mesmas bandeiras do grupo - e isso foi muito difícil pra nós... Aí tivemos que mudar nossas estratégias, de endurecer realmente no embate para mostrar que o Saúde da Família não era do PT, que não éramos filiados, não estávamos defendendo questões partidárias. Nosso partido era o SUS e o PSF. A gente teve que endurecer e mostrar à gestão que não interessava de que partido viesse, de que linha fosse, o nosso propósito continuaria o mesmo e a briga seria ferrenha da mesma maneira que havíamos tido com os prefeitos anteriores. Embora conhecêssemos bem a gestora, e o secretário de saúde, isso não fez diferença na hora de defender nossos ideais.*

*O que dizer sobre a atuação no PSF e as necessidades da população assistida antes do governo petista? Como eu falei logo na implantação do saúde da família, as condições de trabalho, as instalações físicas que a gente trabalhava - não sei se era porque era coisa de início, todo mundo empolgado, não é que a gente relevasse essas coisas - mas nós assim aceitávamos por entender que era algo que estava começando, algo novo, que precisava dar um tempo para a gestão, para poder atender as nossas reivindicações.*

*O início realmente foi maravilhoso a maneira como o Saúde da Família adentrou nas comunidades por conta até do nosso coordenador ser uma pessoa com muito conhecimento de trabalhos comunitários, de SUS, de saúde pública. A maneira como a gente chegou na comunidade foi perfeita. Tivemos contato prévio com líderes comunitários, nos reunimos com os representantes das comunidades para ver se havia algum conhecimento sobre o diagnóstico das comunidades.*

*Como não se tinha agentes comunitários de saúde no município, nós mesmas fizemos o cadastramento. Apresentamos a proposta para as famílias. A comunidade aderiu rapidamente à proposta apesar de não compreender bem toda a estruturação e operacionalização do que fosse saúde da família. Porém, o convívio diário e o compromisso mostrado pelos profissionais fizeram com o que houvesse um relacionamento muito bom entre a equipe e a comunidade traduzido em respeito, consideração, confiança... e tudo isso serviu demais para termos conseguido melhorar alguns indicadores sociais e de saúde. Só que chega um momento, que os indicadores já*

*não mudam, eles se estabilizam, eles estacionam, justamente porque faltam ações intersectoriais que é o que faz com que haja maiores mudanças com relação à qualidade de vida da população. Chegou a um ponto em que as nossas ações não podiam ficar restritas à saúde em si. Relacionada a essa área. O que a gente podia fazer enquanto profissional, enquanto equipe, nós fizemos. Só que a gente precisava de mais coisas, e isso aí não conseguimos até porque o município não se preparou para o Saúde da Família. Desconhecia como seriam os desdobramentos da estratégia e o que ela realmente significava para a mudança na saúde.*

*Então nem conseguiu estruturar a atenção básica como um todo, porque a cobertura pelas equipes ainda era muito pouca. O nível secundário não foi preparado para atender a demanda que seguia das USF. Acreditava que o Saúde da Família implantado a morbidade iria mudar, iria diminuir e o nível de saúde melhoraria. Mas no início do trabalho das equipes, a população era desassistida, e aí há um aumento da demanda, então a gente vai diagnosticando, vai detectando, vai buscando resolver os problemas. Nesse momento passou a existir uma demanda maior para consultas dos especialistas, cirurgias, medicações, exames. Hoje é mais que provado que acontece isso, em todos os lugares onde se implanta uma Unidade de Saúde da Família. Depois com a continuação do trabalho e com a melhora na qualidade do atendimento é que isso vai poder mudar...*

*Mas a longo prazo é que vai reduzir essa atenção curativa que é o objetivo principal. No entanto 15 anos de PSF não chegou ainda a mudar realmente o quadro de morbidade, de reduzir a atenção curativa, muito pelo contrário. Como o Saúde da Família perdeu muito em sua qualidade com passar dos anos, com as mudanças de gestão, eu acho que esse quadro está voltando. Eu acredito que esteja nesse nível, embora que com todas as gestões pelas quais passamos os problemas são quase de todos os mesmos. O que mudava era muito pouco: era a prioridade que se dava ao Saúde da Família, ao entendimento da proposta e aí poderia avançar em alguns pontos. Com o chamamento do Secretário Sanitarista para assumir a secretaria, com a visão que se tinha, se esperava mudar muita coisa, mas a diferença foi muito pouca.*

*Caracterizar a gestão na saúde no governo petista, o diferencial da gestão do Secretário Sanitarista foi que ele começou a mudar um pouco o modo de trabalhar com a questão saúde. Com a visão que ele tinha, trouxe um modo diferente de gerir a saúde. A gente percebia isso no próprio ambiente da secretaria de saúde, com a dinâmica que ele deu na valorização dos técnicos da Secretaria de Saúde, capacitando-os, fazendo-os participar mais das decisões de planejamento. Trouxe a palavrinha planejamento para o Saúde da Família, e para a saúde em geral, apesar de não ter conseguido implementá-lo, até porque os recursos humanos eram escassos. Até a chegada da gestão petista a Secretaria nunca tinha preparado seus técnicos pra esse tipo de trabalho, de pensar, de refletir, de analisar, de decidir. Antes eram mais operários pra executar ações que já vinham prontas. Mas ele deu essa dinâmica à Secretaria de Saúde, trouxe pessoas muito capacitadas, com grande conhecimento no SUS, no planejamento, em avaliação, tinha propostas muito interessantes, trouxe muitos financiamentos e projetos do Ministério, se tivesse que colocar o nome de Campina Grande ele colocava. Só que por conta dessa questão da escassez de recursos humanos capacitados, preparados para essa ação diziam que na época, estava faltando dinheiro para isso, não sei se é questão de investimento ou prioridade.*

*E na questão da autonomia, por mais que dissesse que precisava ter autonomia para gerir a saúde, ele sempre esbarrou na questão financeira, nos interesses políticos de mexer com alguns grupos da cidade que é um grande problema em Campina Grande que nenhum gestor conseguiu até agora enfrentar e mudar. Mexer com as estruturas dominantes de poder, como a assistência privada, porque enquanto não mexer com isso não vai ser possível e organizar a rede de Campina Grande segundo o que recomenda o SUS. Desde a gestão do PT, de Cozete e do Secretário Sanitarista, a gente já não estava muito satisfeita, já estava reivindicando melhorias, tanto na questão operacional do trabalho das equipes de saúde da família, como no andamento dos programas de*

*políticas da Secretaria. Depois que eles saíram, que entrou a nova gestão que está aí desde 2005, a coisa complicou. Também, assim como ficamos esperançosos com entrada da gestão petista, com esse novo prefeito e sua equipe estávamos otimistas devido a contatos prévios que tínhamos tido antes da eleição.*

*Em 2004, durante o período de campanha eleitoral a associação (ASPSF-CG) convidou todos candidatos a apresentar sua carta de programa. Embora a gente tivesse analisado na época que tinha alguns equívocos na carta-programa relacionado à saúde, do atual gestor, achávamos que aquilo poderia ser superado até pelas reações e pelo discurso do candidato na época. Depois da eleição, este gestor ganhou o pleito, chegamos a conversar com a sua equipe de transição e realmente estávamos muito esperançosos, otimistas de que algo pudesse mudar. A escolha do secretário de saúde foi uma escolha surpresa que a gente tinha esperança, mas achava difícil acontecer a escolha de uma pessoa não ligada diretamente à área da saúde, que era o presidente do conselho municipal de saúde, representante da categoria de usuários, uma pessoa que ao nosso ver tinha todo o diferencial para fazer uma revolução na saúde em Campina Grande, até pelo posicionamento durante a sua gestão no Conselho Municipal de Saúde. Então ele assumiu a SMS-CG, e foi recebido com muita alegria por todos os profissionais, pelos membros do Conselho, pelos técnicos da secretaria, porque já era uma pessoa conhecida no combate em defesa do SUS.*

*Os seus primeiros atos confirmaram as nossas expectativas até pela escolha de quem seriam os seus assessores diretos, diretores dos departamentos, pessoas da universidade, ligadas à defesa do SUS. Só que no decorrer a gente viu que ele não tinha a autonomia desejada, era muito dependente do grupo político e aí a gente começou a perceber que as coisas não iam andar da maneira que esperávamos, porque a partir do momento que você não tem autonomia impede avanços no SUS. Então ele não estava sendo um agente político em função de mudanças e sim fazendo política partidária. É tanto que ele não ficou muito tempo na gestão, teve que ser substituído porque não estava agradando “nem a gregos, nem a troianos”. Foi mais uma grande decepção que nós tivemos, até pelo seu comportamento pessoal, teve que desligar pessoas que o apoiaram no Conselho de Saúde. As coisas que ele defendia como presidente de Conselho fez justamente o oposto quando tornou-se gestor o que mostrou quais eram as suas verdadeiras intenções.*

*Minha impressão sobre o PSF em Campina Grande é o que a gente observou nessa gestão atual, que está no seu segundo mandato, é que parece que veio com o propósito de virar o Saúde da Família pelo avesso. Não sei se no seu imaginário achava que todos os profissionais tinham ligações partidárias com as gestões anteriores. Mas parece que chegou para fazer tudo diferente do que tinha sido feito sem olhar a história do PSF, o seu passado, todos os benefícios que havia gerado. Claro que o que foi feito na saúde da família não se pode considerar o ideal, mas não se pode negar a contribuição que esses profissionais e a equipe que coordenava trouxeram para o Saúde da Família e conseqüentemente para o modelo assistencial de Campina Grande. Mas esse não foi o entendimento da gestão e começou um grande equívoco na escolha dos dirigentes da Secretaria de saúde a começar pelo secretário e depois pelo segundo escalão. Coordenadores da Atenção Básica, coordenação do SUS, e técnicos, cargos estratégicos importantes que por ignorância ou por querer agradar seus correligionários, foram ocupados por pessoas não capacitadas para atuar naqueles setores. Então a Secretaria de Saúde deu uma reviravolta.*

*Os ganhos que houveram na gestão do Secretário Sanitarista, com o empoderamento técnico, capacitação, de uma nova visão de gerir a coisa pública e lidar com o SUS, nessa gestão foi de cabeça pra baixo, como se não desse importância aquelas ações.*

*O importante era ter gente ali do seu meio. Então era mais uma escolha político partidária para ter gente em determinados setores do que ter técnicos capacitados para levar avante as propostas do SUS. Então está sendo um retrocesso muito grande nessa gestão, se você for falar com qualquer profissional de saúde da família vai ver o*

*desencanto, principalmente em quem vem atuando desde o início do Saúde da Família em Campina Grande. Esses sim, é que estão desencantados, decepcionados e insatisfeitos em todos os sentidos. Tanto na qualidade dos serviços que estão sendo ofertados, com os técnicos da Secretaria que já não nos apóiam e não nos assessoram em determinadas ações. Os novos que entraram no concurso não recebem preparação técnica pra ser um profissional do PSF. A gestão não entende o que é o Saúde da Família, que está sendo executado e avaliado apenas pela quantidade de atendimento. A relação com os profissionais é de extremo autoritarismo. Não tem uma simples relação de preparação, de entendimento, do que é a dificuldade de trabalhar em Saúde da Família nas comunidades. Nada disso é visto. Então o que acontece fora do comum o Saúde da Família não é nem mais sombra do que foi... Se preocuparam muito com a expansão, isso aí não resta dúvida, a cobertura aumentou bastante, mas sempre foi um cuidado que as gestões anteriores tinham, talvez até influenciados por nós, que antes éramos ouvidas de manter a qualidade. Hoje há a preocupação apenas com a quantidade e não com a qualidade.*

*Para nós era melhor ter aumentando aos poucos o número de Unidades, mas que tivessem as mínimas condições de funcionamento. E hoje é só expandir, expandir, expandir. Não importa a qualidade. Se você for perguntar aos profissionais e a comunidade, ninguém está satisfeito. A gente ouviu muita reclamação na mídia. Então eu acho que houve um retrocesso não só em Saúde da Família, mas em todos os segmentos da saúde de Campina Grande.*

*Eu sou sempre muito otimista por mais retrocesso que a gente veja, sempre tem essas fases de melhora, de piora, mas eu acho que faz parte até do ser humano não desistir, não desanimar, porque são fases. Tudo passa! Essa gestão passa! Apesar de sabermos que infelizmente nós não temos um quadro de políticos que a gente possa depositar nossas esperanças futuras. Pelo menos até o momento a gente não vê que segmento, partido, pessoa, a gente possa investir, ou trabalhar a favor, para que assuma a gestão de Campina Grande, pra que haja uma mudança que agente espera. Não digo só um voltar para o que era, mas avançar o SUS. Todo mundo sabe que o SUS é teoricamente perfeito. O que está faltando são as gestões compreenderem e quererem que ele funcione. A gente sabe que tem interesse de toda parte. Há aqueles grupos que não tem interesse nenhum de que o que o SUS funcione, porque vai reduzir seus lucros.*

*Então o que falta é nós termos um secretário de saúde, que seja tecnicamente competente, honesto e com autonomia. Então isso vai depender do prefeito, do gestor, que ele realmente entenda e escolha não só na saúde, mas em todos os setores. Entendam que Campina Grande não tem problema só na saúde, mas em todos os setores. Mas já que a gente está falando da saúde, que ele tenha o entendimento de que precisa de uma pessoa tecnicamente competente, honesta, tem confiável; que seja um conhecedor, um defensor do SUS e que tenha autonomia para fazer tudo que é necessário. Mas para isso acontecer tem que haver uma reviravolta muito grande. Isso era uma angústia que eu tinha como membro do Conselho de Saúde, é que tantos problemas que Campina Grande tem na área da saúde não são discutidos em seus fóruns, nunca é feito um estudo realmente. Parece que está tudo bem, que a gente fica discutindo outras bobagens lá, fatos que são pertinentes, mas que não apontam para uma avaliação mais profundas, nunca é feita uma análise de qual a necessidade que Campina tem na sua rede de serviços, de profissionais, a área de recursos humanos - que tem um problema muito grande -, em seguida vem capacitação, salário etc. Se hoje abrir vagas para médicos, você não dá condições de trabalho, não tem salários dignos, não tem uma boa relação entre gestor e profissionais.*

*Ninguém quer mais ir para o PSF, de Campina, nem quer dar plantão, porque a situação está realmente muito problemática. Então temos que organizar a Rede, temos que estruturar esses distritos sanitários, temos que fazer essa cobertura do Saúde da Família para que realmente seja o modelo de atenção à saúde que começa no nível primário, mas que vai até o terciário. Essa filosofia do Saúde da família que é perfeita no papel, o que está faltando é querer implementar.*

## COLABORADORA JOANA

Joana ama a família e a ela se dedica inteiramente, é calma, reflexiva ...

*Tom Vital: Até entrar no PSF não tinha vivência em saúde pública. Mas para mim foi uma coisa boa, foi um aprendizado bom, teve seus altos e baixos, houve dificuldades, mas isso tudo com a continuação foi superada, aí tranquilo até hoje.*

*A minha entrada no PSF em Campina Grande no ano de 1994, foi uma experiência nova no âmbito profissional. Antes eu só tinha trabalhado na parte administrativa, hospitalar. Até entrar no PSF não tinha vivência em saúde pública. Mas para mim foi uma coisa boa, foi um aprendizado bom, teve seus altos e baixos, houve dificuldades, mas isso tudo com a continuação foi superada, aí tranquilo até hoje. No período correspondente a gestão do secretário sanitário, a minha impressão sobre o Programa de Saúde da Família como uma estratégia para mudança do modelo de atenção em Saúde, é que a gente tinha uma abertura maior pra tratar dos problemas, das dificuldades, conseguíamos sentar, conversar e tentar resolver.*

*Atualmente a coisa está mais complicada, a gente está tentando dar a assistência da mesma forma que dava antes, mas tem alguns entraves com relação a questão de marcação de consultas que está mais complicada. Aumentou o número de Unidades de Saúde da Família, mas não aumentou o número de especialistas pra acompanhar essa demanda. Então o processo está muito emperrado, acumula muitas consultas, muito exame, tudo é mais complicado pra se resolver... A gente está passando por um período meio complicado, que eu espero que melhore.*

*As primeiras equipes lidaram com as gestões anteriores ao governo Petista de forma sofrida, bem complicada! Antes do governo petista os gestores não demonstravam tanto interesse pelo saúde da família e até as vezes a gente passou por uns períodos bem críticos e pensava que o programa ia se acabar. Depois que entrou o PT, segurou um pouco, está indo, mas ainda precisa melhorar, muita coisa. Os enfrentamentos que as equipes pioneiras fizeram em defesa da utopia do SUS, foram focadas em ações assistenciais, educativas. Eu acho que parte da educação em saúde é um ponto que infelizmente hoje em dia está deixado de lado pela atual gestão em saúde e que eu considero um ponto bem interessante pra mudança de visão dos usuários do PSF, pra eles entenderem até a relação com a própria doença, por exemplo a Hipertensão. A informação é necessária para que eles possam entender o que é a doença, porque muita gente sabe que tem uma doença, mas não sabe o porquê, nem como aquela doença se instalou... Então eu acho que essa entrada da parte educativa dentro do processo de assistência foi uma coisa bem interessante que as equipes faziam, embora atualmente as equipes que estão aí a maioria não está interessada em colocar isso pra frente não. Hoje se faz mais é a parte assistencial mesmo, a parte educativa ficou em segundo plano.*

*Sobre a relação dos integrantes das primeiras equipes com a gestão do governo petista, vejo um diferencial bem grande. Reconheço que a gente tinha uma integração maior, estávamos mais junto, nos reuníamos mais... A gente colocava os problemas e tentava resolve-los juntos. Hoje isso não existe "é cada um por si e Deus por todos". É confusão, não existe mais essa integração, os profissionais só se vêem uma vez perdida, quando tem um curso ou numa mobilização e que nem todo mundo participa, mas a integração que tinha inicialmente, não existe mais não.*

*A implantação do PSF foi antes do governo petista. Então tentou-se com a implantação do PSF construir um modelo para mudar a assistência da população, que era usuária do SUS. Com as unidades que atendiam os bairros que tinha instalado o PSF, a população tinha uma assistência diferenciada, uma assistência mais próxima. A gente fazia parte da família, tinha uma vivência mais próxima mesmo com os usuários. Antes dessa implantação do PSF, a população vivia naquela eterna busca de uma*

*assistência que não existia, de chegar a enfrentar filas de madrugada, de chegar na Unidade de Saúde para pegar uma ficha e mal o médico olhava para ela, passava a medicação e estava resolvido o problema! No PSF era diferente.*

*A gente no PSF, tenta ver o indivíduo como um todo, ver a parte social, a parte psicológica, a parte da saúde, é uma assistência totalmente diferenciada. Então a saúde no governo petista foi uma gestão mais voltada pra atender as necessidades da população.*

*O desencanto maior com a entrada da nova gestão em 2005 se deu com relação à condução que foi dada ao concurso para profissionais. Não que eu fosse contra o concurso, pelo contrário! Eu acho que era necessário para efetivação dos profissionais que tinham uma contratação terceirizada. Mas houve uma desarticulação das equipes e falta de clareza da gestão com a Associação. E piorou depois do concurso, porque onde havia um excelente entrosamento entre equipe e com a comunidade, a gestão transferiu e desmanchou as equipes que já eram formadas, levando estes profissionais a terem algumas dificuldades em conduzir os trabalhos como antes, por terem em sua novas equipes profissionais com visão diferente com relação à condução do trabalho, criando dificuldades de entrosamento.*

*Outro dia ouvi uma frase com relação ao PSF que reflete bem o pensamento dos veteranos com relação ao PSF hoje... “nós éramos felizes e não sabíamos”. Hoje apesar da expansão que beneficia um maior número de pessoas, as dificuldades aumentaram. Profissionais colocados na condução do programa, como gerentes de distrito, não tem autonomia para dar resolutividade aos problemas apresentados pelas unidades do PSF e com isso cria uma angústia muito grande nos profissionais que um dia tiveram um processo de condução do programa diferente. Hoje uma simples troca de lâmpada leva dias... Eu ainda acredito no PSF como porta de entrada do sistema.*

*O que precisa é de profissionais comprometidos com o trabalho, com a comunidade e com as famílias sob sua responsabilidade. Apesar de me encontrar desestimulada com relação ao processo de trabalho, por me encontrar em uma equipe que infelizmente ainda não conseguiu um entrosamento adequado, acredito que o tempo vai mudar esse quadro e que com a continuidade os profissionais que ai se encontram, irão entender melhor o processo de trabalho e mudar o quadro atual.*

## **COLABORADORA MARINALVA**

Marinalva traz o orgulho da profissional que é em todos os momentos, firmeza e criticidade

*Tom Vital: As equipes pioneiras sempre tiveram um comportamento crítico e sempre que foi necessário discordaram, questionaram e colocaram o que estava errado, a gente sempre fez isso, independentemente de quem estar entrando ser uma pessoa que era amiga minha ou deixava de ser.*

*O período correspondente entre 2002 a 2005, foi exatamente quando Campina Grande teve como prefeito Cássio Cunha Lima e em seguida a então vice-prefeita Cozete Barbosa assumiu a prefeitura. Foi um período em que tivemos avanços e ao mesmo tempo algumas dificuldades. Os avanços se deram porque a Secretaria Municipal de Saúde teve uma gestão bem mais democrática e preocupada com as necessidades reais que os profissionais do PSF tinham. Então nesse aspecto quando a gente passou a ter uma coordenação com um suporte de pessoas do PSF que tinham capacidade para fazer mais capacitações independentemente delas serem do lado de “A” ou de “B” da política partidária, o lado técnico das pessoas era levado a sério e respeitado. Ninguém estava ocupando cargos porque era amigo de “Fulaninho” não! Os cargos estavam sendo ocupados na Secretaria de Saúde por pessoas que tinham uma competência comprovada,*

*mesmo pessoas que fossem críticas, que não dissessem “amém” à tudo o que era colocado.*

*A gestão da saúde no governo petista foi caracterizada como uma gestão democrática, que fez a gente avançar em vários aspectos. Conseguiu consolidar o assistente social para cada duas equipes, começamos a fazer saúde como acreditávamos que tinha de ser, com o envolvimento de uma equipe multiprofissional. A gente conseguiu implantar odontólogos em algumas equipes, não em todos, infelizmente; havia uma disponibilidade de diálogo, um estímulo à produção, uma humanização maior.*

*No período em que o secretário sanitário esteve na gestão, houve um maior cuidado, com os profissionais para eles darem melhores respostas. A gente nota que este governo petista foi de uma gestão mais humanizada. Existia um estímulo maior pra gente produzir trabalhos para Congressos, isso fazia com que você se sentisse mais importante e valorizada. Tem muita coisa que a gente faz no PSF, que é importante, mas é tão cotidiano que às vezes não dá o “click” de que poderíamos estar mostrando nossas experiências lá fora.*

*Nesse período existia um “feedback”, a gente sabia o que estava acontecendo na Secretaria, existia uma comunicação maior entre a gestão da saúde com os profissionais e com os usuários. Os profissionais que tinham passado pela ponta, não eram teóricos, pura e simplesmente, eram pessoas que tinham a teoria e a prática e que nesse momento tinham um conhecimento maior tanto dos profissionais como dos usuários o que foi um avanço. Escutavam as queixas dos usuários, existia um respeito maior, tanto com relação aos usuários como também em relação aos profissionais, e apesar da gente criticar, de discordar de uma série de coisas, sentia que pelo menos era escutado.*

*O PSF desde a sua implantação aqui em Campina, com a primeira coordenação, e o compromisso das equipes pioneiras foi uma coisa bem forte, engajada, a gente discutia e estávamos sempre aprendendo quais eram as necessidades da população, que eram levadas pra coordenação e tentava fazer com que essas coisas andassem. A maior dificuldade antes do governo petista era que a Secretaria de Saúde ainda tinha uma estrutura que era voltada pra compartimentalização da saúde, então o PSF era como se fosse mais um apêndice, ele não era a porta de entrada do sistema em Campina Grande, as várias diretorias não enxergavam isso de forma integral. A Secretaria de Saúde era composta por várias caixinhas que não se comunicavam. Quando houve essa mudança na gestão de Cozete, essas coisas melhoraram. As pessoas que estavam assumindo cargos na secretaria tinham uma competência que não era questionável, tinham entendimento do SUS e acreditavam no Saúde da Família.*

*As primeiras equipes tiveram um diferencial bem interessante com relação à gestão, independentemente de ela ser petista, de ser verde, cor-de-laranja cor-de-rosa, lilás, roxa, que cor que fosse... Como o processo seletivo envolveu não só aspectos técnicos, mas também aspectos políticos e de comprometimento com o modelo, a gente percebe que as primeiras equipes sempre tiveram um comportamento crítico e reivindicatório, principalmente pela melhoria do SUS. Não era uma mobilização política pensando pura e simplesmente na valorização profissional, se pensava também na implementação efetiva do SUS, e independentemente das gestões fossem anteriores, durante ou depois do governo petista as equipes pioneiras sempre tiveram um comportamento crítico e sempre que foi necessário discordaram, questionaram e colocaram o que estava errado, a gente sempre fez isso, independentemente de quem estar entrando ser uma pessoa que era amiga minha ou deixava de ser. Pois enquanto estivesse na gestão, era gestão! E tinha que ter o compromisso. A cobrança que era feita por essas equipes, na maioria das vezes eram relacionadas ao funcionamento do SUS, da Secretaria de Saúde, então eu não vi muita diferença.*

*Com relação aos enfrentamentos eu acho que uma das coisas mais fortes que nós fizemos foi no período em que a gente teve um Secretário de Saúde que apesar de estar à frente da Secretaria de Saúde, não acreditava no modelo Saúde da Família e achava que médico de saúde da família estava catando piolho na cabeça dos meninos, e isso era uma*

*coisa bem séria. De certa forma boicotava o PSF e não dava o estímulo necessário, ficava tratando como se fosse mais um “programinha” do governo, como se fosse um “postinho” de bairro. E as equipes pioneiras começaram a se reunir, foram buscando outros profissionais e criamos a Associação dos Profissionais de Saúde da Família, que conseguiu fazer um bom enfrentamento, fizemos seminários, trouxemos gente de fora pra fazer a discussão do SUS, e conseguimos com essa mobilização mostrar pra que o PSF tinha vindo, no que a gente acreditava, e que nenhum dos profissionais que estavam ali, era atrás de um cabide de emprego, que a gente estava tentando fazer o SUS dar certo, e que brigávamos por isso. Essa foi uma característica muito forte no enfrentamento do início do Saúde da Família. Embora que a gente nunca teve postura de baixar a cabeça, nem de dizer “amém” as coisas da Secretaria, nem mesmo agora que fomos ameaçados várias vezes porque estamos no estágio probatório<sup>5</sup>. Acho que principalmente as equipes mais antigas aprenderam que poderiam ter um comportamento crítico e que deveriam exercitar esta criticidade para fazer com que o SUS tentasse dar certo.*

*Com a gestão do governo petista estas equipes continuaram agindo de forma crítica, mas foi fortemente decepcionante o comportamento da gestão com as críticas que eram feitas, com o fato de você ser uma oposição do PT, não significava dizer que estava cometendo alguma injustiça, ou não estivesse fazendo a melhor coisa naquele momento. E não era muito de estar escutando o profissional. Então a gestão para o PSF, foi complicada nesse aspecto.*

*Quando a gente pára e pensa que a Secretaria de Saúde dependia do gestor municipal maior, então foi um período difícil porque apesar de ser um governo petista a gente tinha uma dificuldade de diálogo bem grande com a prefeita que era uma pessoa extremamente radical. Acho que ela foi radical, quando era sindicalista, foi contrária aos gestores e quando virou gestora, ela foi radical contra os trabalhadores o que é um contra-senso muito grande! Porque quando a conversa era com a gestora, tínhamos muita dificuldade porque a intolerância, a empáfia de agora ser uma gestora, a prefeita, a autoridade máxima, tinha um comportamento pior do que o de gestores sabidamente de “direita”, então nesse sentido foi uma coisa bastante decepcionante”. Ela não conseguiu fazer um meio-termo, nem ter uma postura mais democrática, à exceção da Secretaria de Saúde onde a gente não via uma ingerência maior lá dentro...*

*A secretaria de saúde durante o governo petista tentou escutar e aproximar mais, e tentou implementar algumas coisas, mas nem sempre isso aconteceu porque não era uma coisa fácil de fazer acontecer como até hoje não é.*

*Mas antes do governo petista, a quantidade de equipes era bem menor. Eu acho que não teve muita mudança não. As mudanças sentidas antes do governo petista pra depois deste governo eu acho que os profissionais é que sentiram mais, pois no governo petista a gente tinha uma Secretaria de Saúde com uma gestão mais democrática, apesar de no final ter dado uma grande rasteira na gente e ter decepcionado bastante.*

*Infelizmente no finalzinho desta gestão, a gente levou uma rasteira grande quando percebemos que nossos direitos trabalhistas foram desrespeitados. O Imposto de Renda que era depositado na fonte não foi pago à Receita Federal, o Fundo de Garantia (FGTS), também não foi pago e isso foi uma coisa que ninguém esperava. A transparência e visibilidade que a gente tinha antes e acreditava tanto, faltou... E a rasteira que a gente levou foi feia! Houve politicagem dentro da Secretaria, porque aconteceu um comprometimento maior das pessoas em tentar manter aquela gestão.*

*Então mesmo com a intenção percebida no começo de estar construindo um SUS mais justo, mais comprometido, levando mais a sério a questão da valorização profissional, a gente estava com gestores, e uma coordenação que estava dando um suporte bom pra gente até aquele momento e de repente a Secretaria de Saúde mais uma vez foi utilizada como manobra política pelo governo isso complicou bastante pra gente,*

---

<sup>5</sup> Esta é a única médica do grupo de pioneiras que continuou no PSF, após o Concurso Público de 2006. E o período probatório ocorre após 12 anos de existência no município, correspondendo ao período de agosto de 2006 a agosto de 2009.



*porque você fica descrente. E essas não são as coisas mais precisas nem fáceis de se lembrar e dizer e que até hoje a gente sente as perdas que elas refletem... Teve um pouco de desconforto quando se percebeu que nem tudo era tão bonitinho como a gente esperava que fosse. Então houve uma desilusão por parte de algumas pessoas, que foi bem pesado, realmente aquela história de você acreditar muito. Eu como sempre fui muito crítica e como sempre fui um pouquinho descrente acho que a rasteira não foi tão grande!*

*O desencanto com a entrada da nova gestão em 2005 se deu porque muita gente acreditou na falácia de um novo governo, nova proposta, novos caminhos. E o que a gente viu foi o retorno da colocação de pessoas que eram amigas, ou conhecidas ou que tinham colaborado com a campanha sem necessariamente ter a bagagem técnica necessária para fazer o saúde da família, e realmente dar um crescimento que os profissionais do Saúde da família desejavam, quantitativo e qualitativo. Infelizmente com essa nova gestão a relação estabelecida com as equipes foi de autoritarismo, as lideranças comunitárias nos bairros, foram caladas porque a equipe que dá apoio, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, vigilante virou um cabide de emprego. Então isso pra gente foi uma queda; porque antes a gente tinha o cuidado de estar colocando nas equipes de apoio, pessoas que tivessem um perfil compatível com o trabalho a desempenhar. O que não aconteceu com esta nova gestão. Pois existem pessoas que estão na gestão e em algumas diretorias até agora, sem nenhuma capacitação técnica para assumir determinados cargos, como aconteceu na Vigilância Epidemiológica que antes assumiu uma figura que não sabia nem quem é que podia ou devia fazer notificação e começou lançando ofícios proibindo “A”, “B” e “C” de notificar. Então faltava capacitação, competência técnica, além de sensibilidade. Uma coisa que é séria, porque mesmo que não tenha capacidade técnica, mas se acreditar no Saúde da Família e no SUS, se poderia avançar, mas além de não ter a competência, também não acreditava.*

*Sobre a situação do PSF em Campina Grande hoje, apesar de ter aumentado o número de equipes que é uma coisa boa para as comunidades, infelizmente está faltando capacitação técnica, política e pedagógica para os profissionais. Você encontra profissionais, tecnicamente competentes, mas está faltando compromisso político com o SUS. E aí não dá nem pra gente estar cobrando destes profissionais que estão na ponta, quando a gente vê que na própria gestão os profissionais que tem contrato de 40 horas com o município, em outro expediente está em outro local ou em outra instituição que não é a Secretaria de Saúde, ou profissionais que estão à frente da diretoria da Atenção Básica que a gente sabe que é um trabalho grande e que exigiria mais que 40 horas, e conseguem também ser médico do Saúde da Família do município vizinho, você questiona qual é o compromisso dessa pessoa com o SUS? Tanto na cidade que está trabalhando como médico de família, como na que está trabalhando como diretor da Atenção Básica.*

*Então a situação do PSF de Campina Grande é de que não se pode dizer nem que está bom, nem que está ruim, mas que ele está “mesclado”. Em alguns locais em que as pessoas tem um compromisso maior, se interessam e vão atrás, continua andando razoavelmente bem com alguns entraves como sempre teve. Em outros locais ele está de mal a pior com profissional chegando às nove horas e saindo dez e meia; dando plantão no meio da semana que antes a gente não tinha isso. Então não há um compromisso como a política do SUS, nem de alguns profissionais, muito menos com a gestão.*

*Então essa gestão apesar de ter crescido numericamente; qualitativamente o PSF de Campina teve um atraso imenso, porque as gestões anteriores a essa, principalmente a gestão do secretário sanitário teve uma preocupação maior com as capacitações, estava vendo quais eram as necessidades dos profissionais, estava tentando implementar capacitações que viessem a suprir isso. O que não aconteceu nessa nova gestão. Uma gestão em que houve autoritarismo, em que não houve compromisso com os profissionais. A gente tentou estabelecer um diálogo com a gestão e o que vivenciamos foram vários golpes contra os profissionais; de tentar discutir a necessidade de haver um concurso público e os gestores nos disseram claramente, dando risadinha*

*irônica, que era impossível isso acontecer e um mês depois eles estavam assinando um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) onde demitiam todos os profissionais, sem fazer nenhuma discussão com eles, com a Associação do PSF... nada! Então simplesmente demitiram... E a se a gente não tivesse uma Associação politicamente comprometida com o Saúde da Família tinha ficado ali mesmo. Mas continuamos brigando e conseguimos reverter uma seleção que sabíamos, seria de “cartas marcadas”. Durante esse período entre a demissão e a contratação pelo concurso público, a gestão atual disse que os processos seletivos, que aconteceram nos anos anteriores foram comprados. Quando na verdade os profissionais até então tinham passado por um processo seletivo rígido, com representantes da Secretaria de Saúde, das duas Universidades públicas da cidade e do Conselho Municipal de Saúde. Processos seletivos onde eram avaliados a questão técnica e o compromisso político, que é importante no PSF. O concurso público foi interessante, porém o que vimos foi que entrou muita gente que tem a competência técnica mas que falta aprimorar uma série de habilidades, que trazem do modelo formador e ainda não é voltado para trabalhar a saúde de forma integral, levar o SUS a sério, fazer saúde de forma holística para comunidade, e nesse sentido a gente teve perdas a partir de 2004. Então é uma gestão que infelizmente não valoriza o profissional, que não se preocupa com a saúde...*

*Essa gestão teve como principal característica o não compromisso com o Saúde da Família e com o SUS. Percebemos isso logo no início da gestão quando houve uma colocação “na geladeira” da equipe que coordenava o PSF, pois as demandas que os profissionais e as comunidades levavam pra coordenação, e que antes havia algum encaminhamento possível; com essa nova gestão e para não caracterizar uma perseguição política gritante, eles apenas colocaram na “geladeira”. O que a gente via é que a coordenação com a as gerentes de distrito não conseguiam mais fazer acontecer nada. Só se fosse por outros meios, e isso foi feito pra caracterizar a inoperância e a incompetência que não era uma realidade na coordenação. Então houve uma solicitação do pessoal que tava na coordenação para saírem em “massa”. E o desrespeito e a falta de compromisso foram tão grande que foram colocadas pessoas que não tinham, e até hoje não tem esse compromisso.*

*Com relação ao concurso público, foi entregue um papelzinho pra gente dizer quais eram as unidades que você preferia ficar e apesar de termos respondido aquele questionário, quando nos apresentamos para tomar posse após o concurso público de 2006, a gestão colocou as pessoas nas unidades determinadas pelos critérios que eles queriam e alguns profissionais que já trabalhavam, há doze anos em uma unidade no bairro do Pedregal, inclusive eu, queria continuar lá, apesar de ser uma comunidade difícil, onde a violência é muito grande, onde a droga está presente. Mas, eu já conhecia, acompanhava e tinha a credibilidade e o compromisso com a comunidade, queria continuar lá, minha casa é no bairro vizinho, eu sabia que o que estava fazendo ali dava mais retorno, porque existia uma confiança mútua da comunidade com a equipe, mas como eu era da ASPSF-CG, como eu batia de frente com o que estava errado, como eu não conseguia me calar, como eu fui junto com outras pessoas, para as rádios, quando era necessário, para pressionar, para que houvesse realmente lisura no processo, então fui uma das pessoas que foram penalizadas. Apesar de ter passado no concurso com uma boa classificação, acho que sexta ou sétima, mas foi entre as primeiras, me colocaram numa equipe que fica à dezoito quilômetros de onde eu moro, e eu trabalhava à três quilômetros da minha casa, sabendo que é um dos preceitos para o serviço público foi você ser lotado num local mais próximo possível da sua casa.*

*Tinha quatro unidades de saúde perto da minha casa e eu não fiquei em nenhuma delas, porque para eles seria uma punição me colocar numa UBSF, que fosse distante, que eu não conhecesse nada, nem ninguém. Isto também foi feito para tentar desmobilizar a comunidade, porque o Pedregal foi uma área em que as pessoas faziam trabalhos de pesquisa lá dentro e desapareciam, e a comunidade não via uma continuidade e nenhum benefício. O Pedregal com estes doze anos de PSF, estava num processo de crescimento, com pessoas mais engajadas na questão educacional, com a*

*arte, já tinha acontecido três mostras de arte e cultura no bairro; as pessoas estavam se sentindo valorizadas; a saúde, de uma forma mais holística, estava sendo implementada ali. E eles não levaram isso em consideração, apenas desmantelaram as equipes para diminuir o que achavam que era um poder político nocivo pra eles, e esta foi uma perda que caracteriza muito bem qual é o norteamento desta gestão: é a desmobilização política séria, comprometida, com a ética, com a moral de todas as forma.*

*Eu até agora tenho “colhido flores” deste período porque a Prefeitura no Termo de Ajustamento de Conduta fez um contrato de cinco meses, e a gente quando foi demitida, deveria ter recebido a rescisão contratual e está completando três anos agora que eu e mais umas sete pessoas ainda não recebemos a nossa rescisão... E aí você fica até achando assim: que coincidência!*

*Se eu não tivesse esperança já tinha pulado fora daqui... Mas continuo no Saúde da Família porque acredito que esta é a forma mais interessante e justa de se fazer saúde no país. Eu espero, tenho esperanças de que venha melhorar, mas que o fundamental é a gente tentar, tanto promover a conscientização dos usuários sobre os seus direitos, e eles tentarem se organizar para exigir isso, como também por outro lado estar articulando com os profissionais, a importância dele e o significado dele para as pessoas, a vida e a saúde. E que infelizmente tem muita gente que ainda não vê isso. Então se eu não tivesse esperança eu já tinha pulado fora, eu espero que isso mude! Se não mudar a nível geral eu pretendo continuar fazendo a minha mudança particular e investindo nisso que é o que eu acredito, fazer saúde e um PSF com qualidade, com compromisso e a gente vê que é o que tem dado resultado, é o que faz a diferença tanto nas comunidades, como para quem acredita no SUS. Ver os resultados do que está fazendo, faz com que se fortaleça cada vez mais... Mas é difícil. E como eu nunca fui mulher de tá fazendo tudo fácil, então eu continuo tendo esperança, que esse governo mude que um dia as pessoas que estão na gestão mudem e que a gente tenha alguém mais sério gerindo a saúde independentemente da política partidária. Que a gente conseguiu por muito pouco tempo, mas conseguiu! E infelizmente quando a gente vê a interferência político partidária que está acontecendo, percebe que houve uma queda grande no saúde da família porque quem é “amigo do rei” pode tudo! Independentemente de estar fazendo certo ou errado e quem não é “amigo do rei” na maioria das vezes está levando cacetada, e isto é uma coisa que deixa a gente meio que desanimada, mas eu estou aprendendo a ficar cada vez mais resistente, resiliente...*

## **COLABORADORA MARILENE**

Marilene, mulher de fibra, forte e frágil, o desejo de quem sempre quer aprender, fazer, maezona dos seus de tantos que adotou na vida. Mostrou-se disposta a crescer , dando o melhor de si, e conseguiu...

*Tom Vital: Penso que achavam que a gente queria ir à “Lua”! Na verdade a gente só estava querendo saber da qualidade da saúde de Campina Grande, de contribuir para que a população tivesse direito a uma qualidade de vida/.*

*O programa de Saúde da Família de Campina Grande no período de 1994 a 2004, significa o meu crescimento profissional, é isso que eu considero porque é onde eu comecei realmente a fazer aquilo que gostaria na minha profissão. Foi através do PSF, que eu consegui satisfazer os meus anseios de contribuir como profissional de saúde, para o desenvolvimento das pessoas, onde pude dar minha contribuição enquanto pessoa*

*como profissional através do meu trabalho. Nesse período, foi onde eu conheci pessoas com as quais trabalhei e contribuí de uma maneira que não dá nem pra mensurar no meu crescimento como um todo, porque através do PSF a gente tem uma forma de trabalho diferenciada onde tínhamos que estar junto nas dificuldades, um aprendendo com o outro, com os erros e com os acertos. No processo a gente se conhecendo, se ajudando mutuamente. Foi um período que no início foi extremamente difícil, pois tínhamos que fazer o que ainda não sabíamos que era saúde da família. Assim a gente ia cavando, aprendendo a fazer aquilo que nunca tinha sido feito por ninguém, então foi marcante na minha vida como um todo.*

*Além da parte profissional, o PSF trouxe para mim ganho em todos os sentidos, tanto na questão de conhecimento, de experiência, como no saber lidar com vidas... De entender e compreender os problemas das pessoas, que buscavam minha ajuda como profissional. O PSF me fez saber sobre os meus companheiros de trabalho que ali estavam. Eu sabia que poderia contar com eles, inclusive expor minhas fragilidades, e minhas necessidades também. Eu sentia que estava cuidando, mas também me sentia cuidada.*

*Sobre o período correspondente entre a gestão do governo petista e a entrada da nova gestão em 2004 é que na verdade falar no secretário sanitário é falar da expectativa de que alguém compreendesse o que a gente tava fazendo no saúde da família, porque tínhamos passado por gestões de secretários de saúde que não entendiam a proposta do PSF o que fez com que a gente se sentisse um pouco desbravadores ali dentro da secretaria. Como os gestores não entendiam o nosso trabalho lutávamos para que fossem atendidas nossas necessidades... A gente tinha que lutar, tinha que trazer até pessoas de fora da cidade, para fazer seminários, discutir e apresentar o que era o PSF, tivemos que ir para rua, brigar mesmo. Tudo que a gente queria, tinha que batalhar e conquistar para que a saúde de Campina Grande fosse realmente feita dentro dos princípios do SUS. É isso que o PSF tenta trabalhar, ou seja atender a população seguindo os princípios do SUS. Então através desses secretários de saúde a gente não tinha nem como pensar em ampliar o PSF pra que realmente conseguíssemos fazer um trabalho mais abrangente. Nós não conseguíamos as mínimas coisas que precisávamos. Tinha sempre que sair na luta com extremas dificuldades. Então a vinda do secretário sanitário foi algo que todo mundo apostou, que ele enquanto conhecedor e defensor do SUS, iria compreender e contribuir com o nosso trabalho, de forma que desse para gente a satisfação de saber que tinha alguém na Secretaria de Saúde que realmente ia defender nossos interesses e que iria contribuir com o crescimento do nosso trabalho. A gente esperava daquele secretário a contribuição e compreensão que outros não tinham dado. Aí os enfrentamentos que as primeiras equipes fizeram em defesa da utopia do SUS, sendo PSF como estratégia para a sua consolidação foi justamente para se buscar essa compreensão. A gente teve greve nesse período, teve pessoas que não entendiam a proposta de trabalho nem do PSF, acho que nem o SUS, dentro do que realmente era necessário para alguém que se dizia estar a frente do município na questão da saúde, não compreendiam, nem entendiam a necessidade de fazer o SUS realmente valer. Que isso até hoje é incompreensível. O SUS hoje já está adulto e não mudou muita coisa. Eu não sei o porque dessas questões políticas, essas pessoas estão a frente das gestões, não procuram se inteirar do quanto seria maravilhoso que o SUS tivesse conseguido avançar dos tempos passados pra cá. A gente só se entristece porque vê aquelas lutas que a gente tinha antes, ainda tem muito chão pela frente.*

*A relação dos integrantes das primeiras equipes com a gestão do governo petista se caracterizou por várias situações. Quando fizemos a greve, tivemos reunião com a prefeita e ela não estava entendendo o que estávamos dizendo. Até parecia que a gente era um bando de maluco! Ou que tivesse falando em outra língua estrangeira que não fosse compreendido por ninguém, nem pela prefeita que era do PT! E na verdade a cada vez que a gente tentava se fazer entendido era visto como um desordeiro, um povo que queria tumultuar. Penso que achavam que a gente queria ir à "lua"! Na verdade a gente só estava querendo saber da qualidade da saúde de Campina Grande, de*

*contribuir para que a população tivesse direito a uma qualidade de vida! Mas foi extremamente difícil. Hoje eu faço uma avaliação melhor do que fazia naquela época, porque antes eu tinha pouca compreensão, ficava mais na retaguarda das coisas. Eu era mais de observar. Não era tão lutadora e de falar com as famílias. Mas cada vez que eu lembro do que a gente passou tentando mostrar realmente nossa bandeira de luta, aí eu digo que eu aprendi mais alguma coisa. Fazendo uma comparação com agora para mim fica muito claro o que a gente queria fazer e não entende porque eles não nos compreendiam ou, talvez, os interesses partidários, políticos, não os deixavam compreender.*

*Sobre a atuação do PSF e as necessidades da população assistida antes do governo petista, o mínimo do mínimo a gente não tinha condições de trabalho. Porque a população que a gente trabalhava era miserável, o nível de escolaridade era baixo, o pessoal necessitava de tudo. As famílias eram numerosas, o índice de desemprego era elevado, a infra-estrutura do bairro era extremamente precária, com aquele canal, com aquelas enchentes, com todos os problemas. Então eram populações que necessitavam do mínimo e a gente não tinha nem o que oferecer. Até medicamentos não tinha disponível pra atender as necessidades dos usuários. Para fazer um tratamento medicamentoso, fosse de uma verminose, ou de uma doença mais complexa. Era complicado garantir o tratamento. Querer resolver a questão da infra-estrutura, tanto da unidade de saúde, quanto das moradias dos usuários que ofereciam risco de vida, que foram lutas e mais lutas, reuniões com o Conselho de Saúde Municipal, formação do Conselho de Saúde Local para tentar fazer com que a população fosse à luta, e garantir no princípio de integralidade e da intersetorialidade a melhoria para eles. Então meu Deus! Com a entrada da nova gestão em 2004, eu acho que a gente tentava, nós apostamos em Veneziano, porque a gente já estava desencantado com o governo petista que realmente criou expectativas, então nós apostamos as “fichas” em Veneziano. A gente ficou neutra em todas as questões políticas e partidárias das eleições anteriores, não fazíamos política na comunidade, porém com este governo nós até arriscamos a nos colocarmos de maneira que as pessoas entendessem que ele fosse aquilo que a gente precisava para o PSF ter uma nova alavanca, ter garantido as equipes necessárias para dar cobertura para Campina Grande, então foram muitas expectativas que a gente teve. E fizemos reuniões com ele, onde ele garantiu nas campanhas que ia fazer isso, ia fazer aquilo outro pela saúde, pelo PSF, que tudo era uma maravilha. Então o desencanto foi quando a gente viu que na verdade aquilo que ele disse que era para construir foi o contrário, já foi nos tirando de circulação. Profissionais extremamente comprometidos, já com inúmeras capacitações, onde ele atendeu ao Termo de Ajustamento de Conduta afirmando que através do concurso público, queria regularizar a nossa situação. O nosso contrato de trabalho era precarizado. Diante de tantas dificuldades que a gente teve que passar e enfrentar, de ver colegas nossos que estavam ali dedicados ao trabalho com toda garra, com toda luta que tinham tido todos esses anos e de repente ver, ter que ver ficar pra trás, de chegar pessoas que realmente desconheciam nossas lutas, desconheciam nosso trabalho, desconheciam nosso PSF que a gente trouxe nos braços esse tempo todo, através das nossas lutas, que não deixou cair em momento nenhum, que fazia disso uma bandeira do nosso trabalho da saúde de Campina Grande. Então, na minha opinião, isso aí tudo ficou por terra...*

*A esperanças que eu tenho com relação ao futuro do SUS em Campina Grande tendo o PSF como porta de entrada do Sistema, é que embora eu ache que a gente não é mais Saúde da Família, em Campina Grande existe PSF antes de 2004 e depois de 2004. A impressão que eu tenho hoje é que em Campina Grande o PSF que ficou só como nome. Na minha experiência anterior, eu comparo com hoje e isso que aí está não é PSF pra mim. Na verdade eu acho que cada profissional que foi daquela época e que ficou, dentro das possibilidades, pensa manter uma qualidade no trabalho que executa...*

*Mas PSF ficou longe, ficou para trás. Eu acho que o que faz com que a gente se mantenha é a esperança. Mesmo assim eu fico me perguntando porque a gente mantém a esperança? Eu digo, “porque a gente não pode desanimar!” Eu acho que quem teve uma*

*experiência anterior bonita, por quem a gente lutou tanto! Eu acho que precisa passar um pouco desse amor, desse nosso espírito de luta, para aqueles que estão chegando. Então eu acho que o SUS vale a pena! É preciso que a gente acredite nesse SUS, pra que realmente se tente alcançar o ideal. Eu acho que o que nós plantamos ou tentamos plantar até 2004, a gente consiga passar para nossos netos. Isso não deixa de ser uma esperança. Então eu prefiro continuar acreditando que a gente vai alcançar aquele SUS que idealizamos e que ele saia do papel para a realidade, e que esses gestores no futuro consigam realmente apostar nele, o que até hoje eu acho que não fizeram.*

### **COLABORADORA SEBASTIANA**

Sebastiana, inteligente, sagaz, generosa, assumiu o ônus e o bônus em estar num espaço, indicada pelo grupo, conduziu o processo de modo elegante e político. Soube ser crítica e receber a crítica nos momento oportunos, pensou que era pequena e se fez grande nos gestos, no aprender e no ensinar...

*Tom Vital: Eu acho que não era só a questão afetiva, da auto-estima, de acolher as necessidades, de tentar viabilizar a solução dos problemas que os profissionais estavam enfrentando, mas tentar qualificar a atenção à saúde que estava se estava fazendo naquele momento.*

*O que significou para mim, enquanto profissional do PSF de Campina Grande, durante o período compreendido entre 1994 a 2004, é que, eu acho que aí nesse período existem três fases. A primeira que foi a fase de implantação, na gestão de C. como secretária de saúde, no governo do prefeito F. A. do PSDB, E. G. como coordenador do PSF, e nós no comecinho, que foi uma fase, eu acho que extremamente rica, individualmente e coletivamente. Foi quando a gente construiu o processo de trabalho do PSF de Campina. Eu acho que foi o nosso período mais profícuo, mais rico mesmo; de maiores produções...*

*Apesar da angústia de não saber como fazer, de não ter muitos parâmetros, muitas orientações, ninguém sabia exatamente o que a gente precisava fazer, mas também foi um período político que deu muito espaço para a criatividade, para a construção coletiva. Acho que a gente construiu coisas interessantíssimas. Apesar da gente avaliar, que com C. e E. tínhamos quase sempre, uma relação boa, respeitosa, vivemos outros momentos de muito conflito. Eu lembro dos processos de capacitação, da receita de Cristina: do “prego batido, ponta virada”, que foi como ela fechou uma das primeiras discussões sobre a isonomia salarial entre médicos e enfermeiros, deixando muito claro que não haveria negociação quanto a isto ser modificado. Da negativa dela de liberar as enfermeiras para fazer a Capacitação em Saúde Materno Infantil que duraria quarenta e cinco dias, oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado para o PACS e o PSF. Naquela época uma coisa incompreensível, mas hoje eu já vejo com outros olhos. Isso foi antes da NOB/96, quando a remuneração da gente era feita por produção. Então um profissional fora da equipe durante quarenta e cinco dias iria dificultar a sustentabilidade financeira do projeto. Lembro também do episódio da camiseta que eu acho esse fato ilustra muito bem a rejeição da gente à institucionalização do SF e que pode ter trazido conseqüências para o resto da história do Saúde da Família de Campina Grande. A auxiliar de enfermagem, não quis vestir a camisa com a logomarca da prefeitura. Ela inclusive pintou a logomarca, fez um desenhinho de uma pintinha para esconder a logomarca porque ela disse que não tinha interesse em fazer propaganda para nenhum político. Acho que essa relação foi muito*

*bem intermediada por E, mas eu lembro que existia uma certa tensão em alguns momentos.*

*Depois desse período, veio o período da saudade, da perda de Cristina e Erinaldo, que foi a gestão do secretário S. médico do Hospital Universitário, no governo de Cássio Cunha Lima... Então são quatro fases, a primeira do coordenador Erinaldo, a segunda com este secretário cujas coordenadoras foram Irmã Mercês, enfermeira da rede de saúde do município, a dentista Rosângela (?), e Berenice Ramos<sup>6</sup>, pronto! Então foi assim um período de limbo, de rejeição, de desvalorização do trabalho, principalmente na gestão de Gilvandro. Eu acho que a gente teve enfrentamentos muito grandes, aqueles programas “Bairro Saudável”<sup>7</sup>, que ele propôs como estratégia para a atenção básica no município e existia uma rejeição muito clara deste secretário ao trabalho de PSF... Era uma rejeição declarada. Na gestão de Gilvandro essa tensão se intensificou e a gente em algumas reuniões com este secretário chegávamos a entrar quase em confronto, porque ele hostilizava, existia uma rejeição muito forte, muito explícita ao saúde da família e logicamente que isso produziu na gente uma reação muito forte. Eu lembro da vinda de Gilson Cantarino, do choro de Berê, na Sociedade Médica, da nossa luta mesmo, da briga com a secretaria pra garantir a manutenção do saúde da família que realmente nessa época corria risco de terminar. Ele tinha uma proposta, uma alternativa pra o saúde da família que não conseguiu emplacar.*

*Acho que foi muito em função da luta da gente, que este secretário não acabou o Saúde da Família para implantar a proposta do Bairro Saudável.*

*Depois disso foi o período da criação da Associação. Na verdade a gente começou a se mobilizar para resistir mesmo, de forma organizada a partir da articulação que foi feita com a nossa entidade, que representava um peso maior. Em 1998, que foi a segunda fase de implantação, já foi P. C. no governo de Cássio Cunha Lima. Nesta gestão a coordenadora do PSF que fez o processo de ampliação foi D. aí melhorou essa questão da rejeição. Na gestão de P. C. eu acho que ficou meio velado, meio camuflado, mas era uma gestão morna... A gente sabia que existia uma rejeição, não existia uma valorização do trabalho, mas não existia tanto confronto como na gestão de S. Eu acho que talvez seja pior do que na época do confronto, porque era aquela coisa velada, era como se nos deixasse em “banho Maria”; como se ele pensasse assim: “deixe essas loucas aí fazendo qualquer coisa e a gente vai tentando administrar a cada dia. Nesse período também entraram mais setes novas equipes, que foi um grande teste pra gente abrir o projeto pra outras pessoas, pois já havia uma unicidade ideológica que o grupo havia construído, e a entrada de novos atores nos deixavam meio desconfiados, se todos iriam aderir ao projeto como nós aderimos. Eu acho que a gente abriu “pero no mutcho”! E algumas pessoas que ingressaram no PSF dessa época se integraram muito no grupo, outras nem tanto, talvez não tenham se identificado tanto com os nossos projetos, a nossa ideologia, por vários motivos. Nessa gestão eu tive a experiência de ser coordenadora do PSF e nela se viu que melhorou um pouco a relação das equipes com a gestão, embora não tenha havido avanços com relação à institucionalização no que diz respeito a fazer a secretaria comprar o projeto Saúde da Família. A gente continuava sendo meio ONG. Vale ressaltar que nessa época o saúde da família era uma coisa muito marginal. Muito incipiente. Não existia nenhum apoio externo, era o tempo em que ocorria a implantação nacional do Programa, então a Secretaria de Saúde do Estado, estava começando a se apropriar da estratégia. Na verdade nós tínhamos que “vender” o Saúde da Família, não só pra Secretaria de Saúde, mas pra todo mundo: para própria Universidade... é que ninguém conhecia o SF e por isso, a proposta era rejeitada. Acho que ninguém acreditava no PSF. Na época o PSF não tinha visibilidade nacional alguma, tinha ainda uma cobertura baixíssima. E tão foi uma coisa extremamente difícil. Era a gente que tinha que defender o Saúde da Família, dar visibilidade, divulgar os resultados e*

<sup>6</sup> A médica Berenice Ramos, era do PSF no bairro do Mutirão, e só ficou no cargo durante um mês.

<sup>7</sup> Bairro Saudável era a proposta que o então secretário queria implantar no município e não o Programa Saúde da Família

*articular com quem a gente podia pra garantir a sobrevivência do projeto... Nós tínhamos um sentimento de independência muito grande, com relação a este Programa que eu acho que pode ter vindo do processo seletivo. Refiro-me ao fato de pela primeira vez, a gente não precisou de nenhuma interferência política para entrar no saúde da família, e também em função do próprio processo de discussão que era muito intenso.*

*Não existia nenhum tipo empolgação como o saúde da família nessa época. E nesse período todo até a gestão do secretário sanitário, significa dizer que não existia nenhum espaço de discussão do processo de trabalho, de avaliação e monitoramento, de planejamento do SF.*

*Faltava, nas gestões anteriores a do Secretário Sanitarista uma proposta técnica do projeto de gestão que incluísse o Saúde da Família. Então tudo que se fez até esse período se deve ao esforço, a paixão, dos profissionais que atuavam na época de 1994 a 2002, porque estímulo e orientação técnica por parte da gestão não existia nenhuma. E isso só foi modificado com a gestão petista. Eu acho que não era só a questão afetiva, da auto-estima, de acolher as necessidades, de tentar viabilizar a solução dos problemas que os profissionais estavam enfrentando, mas tentar qualificar a atenção à saúde que estava se estava fazendo naquele momento.*

*Depois desse período vem o Secretário Sanitarista - secretário de saúde do governo da prefeita Cozete Barbosa do PT, em Campina Grande - que eu considero o período mais bacana do PSF. Ao contrário do que falam algumas amigas minhas, eu digo isso assim muito pessoalmente e talvez pouco politicamente, não sei! - mas, pela primeira vez a gente conseguiu que um secretário bancasse o projeto Saúde da Família. Eu acho que a gente tem um discurso sensível, de valorizar o que se fazia no PSF, de priorizar, de estimular as ações desenvolvidas. Eu lembro que eu sempre ensaiava uns discursos nas gestões anteriores pra falar do PSF em qualquer oportunidade que eu tivesse a fala já estava pronta para defender o PSF. E com secretário sanitário eu não precisava fazer isso. Os discursos do Saúde da Família estavam na cabeça e na fala o tempo inteiro. Eu pude descansar nessa atividade de estar defendendo, de estar explicitando as questões do Saúde da Família, porque ele já entendia, trazia no discurso e na prática também.*

*Eu lembro que várias das atividades que as equipes do Saúde da Família, promoviam nas comunidades, com eventos culturais, feiras de saúde, mutirões para acabar com a dengue, com o lixo e que a gente nunca conseguia a presença dos técnicos da Secretaria, ou do próprio Secretário e o Secretário Sanitarista sempre que podia, participava dos eventos às vezes mais simples das comunidades. Ele ia lá, falar nas comunidades e isso tinha um impacto muito grande na auto-estima dos profissionais. Era extremamente estimulante que tudo que se pensava em fazer, ele apoiava concretamente na maioria das vezes. Acho que do ponto de vista técnico, não foi só do ponto de vista do discurso, acho que foi a gestão mais rica que a gente teve, considerando principalmente a instituição da Rede de Apoio, a ampliação do Saúde da Família. Pela primeira vez tive na Coordenação gente com quem eu podia discutir e planejar de uma forma mais ampliada, mais madura mesmo. Acho que do ponto de vista concreto as equipes passaram a ter muito mais apoio. Havia trinta e cinco (35) equipes quando ele entrou na época, e eu na Coordenação sozinha não tinha pernas para fazer tudo, para atender as demandas das equipes.*

*Acho que do ponto de vista de monitoramento e avaliação nós avançamos a gente avançou, porque tínhamos uma prática interessante e sistemática. Então acho que do ponto de vista técnico, de qualificação do processo de trabalho foi o período mais rico sem dúvidas. Eu acho que na gestão do Secretário Sanitarista, apesar da baixa cobertura, foi onde chegamos mais perto da proposta do que seja o saúde da família, apesar das inúmeras dificuldades, principalmente de interlocução com os demais setores da secretaria e com os demais serviços da rede de atenção do município. Apesar também dos conflitos e dos ruídos da comunicação e da disputa pelo poder, da inveja que a gente continuava a despertar em pessoas e em outros projetos, acho que foi quando a gente*



*chegou mais perto de fazer o Saúde da família se constituir um modelo de atenção a saúde no município.*

*Lembrei agora que nas relações políticas da gestão de secretário sanitário, havia uma dificuldade que a gente tinha que era com o restante do governo petista. Enquanto estávamos na gestão, porque até a entrada do governo petista éramos chamadas de “petistas”; porque a gente reivindicava condições de trabalho, espaços para o projeto, a garantia do direito à saúde da população. Na verdade a gente era o único movimento que existia em defesa da saúde população de Campina, era o que fazíamos e por isso vistas como petistas. Quando o PT chegou no governo pensamos: “que bom que agora é que a gente vai encontrar espaço, ser petista, e fazer isso e aquilo”, “a gente agora vai ficar mais confortável politicamente”. E na verdade o que aconteceu foi que o secretário sanitário teve que segurar a onda de vários profissionais e da própria gerência do saúde da família, da rede, em determinados conflitos políticos tanto no âmbito comunitário como no âmbito central da secretaria para defender a permanência da gente, pra defender as posições da gente em relação a algumas figuras do governo. Eu lembro muito do caso de G.<sup>8</sup>, que por participar do movimento em defesa da moradia do bairro da Cachoeira e acompanhar o grupo de moradores que foi fazer mobilização no gabinete do governo, ficou exposta a punições e recebeu ameaças de demissão e o secretário sanitário teve que intervir e até defender essa profissional. Este é um exemplo, mas aconteceram várias outras coisas. E ele teve um papel fundamental de segurar a onda, mas não foi fácil! Essa situação de conforto que a gente imaginava que ia acontecer, não aconteceu porque a gente continuava a ser vista com desconfiança. Eu acho que considerando a mudança de modelo, a mudança de práticas de saúde, o trabalho que fazíamos era importantíssimo para a mudança do modelo de saúde. Nós tínhamos uma prática diferente e chegamos muito perto. Independente da baixa cobertura, onde existia o acesso da população ao saúde da família, a gente fazia uma estratégia, uma nova prática, uma nova forma de fazer saúde. Sobre a relação dos integrantes das primeiras equipes com a gestão do governo petista uma pergunta que foi feita repetidas vezes foi: Como é que os profissionais do saúde da família fizeram a primeira greve durante a gestão de um companheiro do projeto, digamos assim”. Eu nunca perdi muito tempo refletindo sobre isso, nunca investi tempo nisso talvez por questões emocionais. Pra mim como membro da gestão, a rede não estava lá ainda, eu estava solitária na gerência do saúde da família, foi extremamente difícil ficar ali numa posição de gestão vendo minhas companheiras lutarem por salários e por condições de trabalho ,vestidas com o jaleco do PSF, de cara pintada de preto, passando na janela da secretaria, numa mobilização nas ruas da cidade, chamando a atenção para as necessidades do Programa... E minha vontade era de pular da janela, arrumar um jaleco e pintar minha cara de preto. E eu lamento profundamente até porque eu não ajudei em nada nessa intermediação... Nem ajudei, nem participei do movimento, que eu considero uma das coisas mais bonitas, em termos de mobilização, de participação e de criatividade. Teria sido uma coisa bonita de se ver se não tivesse sido algo tão sofrido pra mim Eu lembro que disse ao Secretário Sanitarista que não podia ajudá-lo naquele momento, que lamentava, sabia que era minha responsabilidade, mas que não tinha como ajudá-lo. Fiquei na Secretaria, escutando todo tipo de comentário maldoso, reacionário e equivocado de figuras até então consideradas interessantes, membros do governo petista, membros extremamente, graduados, que questionavam atitudes dos profissionais e até da Coordenação do saúde da família. Algumas não participavam das discussões, mas olhavam pra gente com muita desconfiança como se a gente fosse inimigo do governo. Eram essas figuras que frequentemente propunham medidas autoritárias contra algum profissional do PSF ou para todos profissionais da categoria. Chegaram a pressionar o secretário sanitário a tomar tais atitudes, o que era incoerente. Eu estava numa situação extremamente difícil e não encontrei meu espaço no meio desse conflito.*

---

<sup>8</sup> Assistente Social do bairro da Cachoeira.

*A chegada do Secretário Sanitarista aumentou extremamente as expectativas dos profissionais. E aí criou-se o momento propício para se encaminhar de uma forma mais forte as reivindicações da categoria. Também acho que a greve na verdade não foi só na gestão do secretário sanitaria, foi na gestão da prefeita Cozete Barbosa, que tinha uma história política vinculada a luta por direitos, foi sindicalista... sempre teve um discurso favorável aos trabalhadores e houve essa cobrança para que ela mostrasse isso na prática... Na verdade quem negociou o término da paralização foram dois vereadores da oposição que participaram dessa intermediação. Pois o diálogo com a prefeita foi difícil de ser mantido.*

*Antes do governo petista... a gente sofria o problema da baixa cobertura, mas o processo do trabalho era extremamente qualificado, rico, foi a época que o PSF de Campina, trabalhava a articulação das ações de assistência, prevenção e promoção da saúde, que é uma coisa que hoje se encontra extremamente frágil, talvez nem exista em algumas equipes. Na época do secretário sanitaria se trabalhava com a participação da população. Existia um espaço sistemático de discussão do processo de trabalho, das equipes com a população e dos problemas de saúde através dos Conselhos Locais de Saúde.*

*É coisa que na gestão do Secretário Sanitarista, vale a pena ressaltar que bom que eu me lembrei, o processo de implantação a última etapa de implantação desta gestão, que foi 100% da zona rural do município. Nós passamos trinta dias, capacitando os profissionais contratados. A prefeitura estava pagando aos profissionais, mas eles estavam se capacitando. Então foram realizados todos os treinamentos básicos: sala de vacina, treinamento introdutório, introdutório pra dentista e assistente social. Fizemos treinamento sobre saúde da mulher para médico e enfermeiro, sala de vacina para enfermeiro e auxiliar de enfermagem, AIDPI para auxiliar de enfermagem... Ou seja, fizemos um "pool" de capacitações básicas, os profissionais já entraram nas unidades com condições de fazer um trabalho qualificado.*

*Eu trabalho na secretaria desde 90, 92, na época da cólera; quando a Secretaria ainda era no ISEA, com cinco salas. Eu acompanhei a evolução da estruturação da secretaria municipal de saúde e eu nunca vi nas diversas gestões de que participei, como gerente ou como trabalhadora da rede, a construção de um projeto, que era a palavra que o secretário sanitaria falava muito. Foi a primeira vez que vi um gestor tentar fazer um projeto global pra saúde do município. Ele tinha uma visão setorial nas diversas dimensões da estrutura da secretaria de saúde e da atenção à saúde no município e sem perder de vista essa articulação, essa construção global de uma política pra o município de Campina Grande. Acho que essa questão fica muito clara na análise dos planos municipais de saúde. O plano municipal de saúde na gestão e secretário sanitaria é uma coisa bonita de se ver. É nos processos de discussão que ele conduzia na Secretaria de Saúde, nas tentativas que ele fazia de articular as diversas ações dos diversos setores, no esforço que ele fazia pra qualificar, para construir uma reflexão, uma teorização nos diversos setores da secretaria. Acho que na verdade, a dificuldade da gestão do Secretário Sanitarista, na minha opinião foi a falta de uma equipe, que viabilizasse a operacionalização do projeto que ele tinha para a saúde de Campina. Então as ações, as atividades meio não conseguiram criar condições para tudo que ele pensou, que ele sonhou para cidade, mesmo sem ser um campinense, se concretizarem.*

*E o que não avançou na gestão do secretário sanitaria, foi a questão da infraestrutura. Não conseguimos melhorar a qualidade das unidades de saúde da família, aqueles processos de reforma arrastadíssimos, de baixa qualidade, complicados, atrasados. A questão de equipamentos, de insumos e medicamentos que a gente também não conseguiu avançar, aquele discurso recorrente que ninguém aguentava mais de que os processos de licitação estavam acontecendo. Eu não responsabilizo o secretário sanitaria por essas questões, mas que foi um fato que aconteceu nessa gestão e que contribuiu para aumentar os conflitos entre a rede e os profissionais propiciando a nossa divisão enquanto categoria profissional. Acho que esse fato marcou o futuro do PSF de*

*Campina, a gente tem que ter maturidade para encarar essa nossa responsabilidade. O fato da gente não ter conseguido se manter unido determinou tudo que veio depois.*

*Na gestão seguinte o de secretário sanitaria, a minha impressão sobre o PSF e a sua importância para a mudança do modelo de atenção direcionada pelos princípios dos SUS em Campina Grande é de que a gestão atual tem o discurso que transformou o PSF em modelo de atenção porque ampliou a cobertura. Eu acho que existe um equívoco tremendo! Porque não é a cobertura que faz o PSF ser um modelo de atenção.*

*Mesmo durante as gestões adversas e oponentes ao saúde da família acho que os profissionais conseguiram manter uma qualidade de trabalho excepcional, é tanto que foi esse o período da premiação e da exposição que o PSF de Campina viveu. Acho desencanto uma palavra muito suave quando se trata de fazer menção à gestão da saúde que sucedeu secretário sanitaria em 2004. Não foi desencanto não. Na verdade, grande parte do PSF, inspirada no passado, achava que a eleição do Veneziano seria boa para o projeto. Acho que muita gente optou pelo apoio a Cozete Barbosa nessa eleição, coisa que ela não sabe, nem deve saber, nem os outros membros do governo na época. Existia uma pressão, sobre nós que éramos da Coordenação e Rede pra se entrar na campanha eleitoral da prefeita de uma forma mais efetiva. Aconteceram várias sondagens para que a própria Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande e os trabalhadores do PSF entrassem na campanha da prefeita à reeleição. Isso não aconteceu. Acho que os nossos anjos da guarda nos protegeram... Mas individualmente, ela teve o apoio de muitos trabalhadores do PSF, porque apostavam e queriam a permanência do secretário sanitaria.*

*Depois que Cozete perdeu o primeiro turno, muitos continuaram apostando que Veneziano, poderia, inclusive não só manter do Secretário Sanitaria na secretaria, mas também a coordenação, a Rede na secretaria; até porque teve assinatura, este candidato participou de um debate, que a Associação promoveu. Houve assinatura de termo de compromisso com a saúde em geral e o PSF em particular. Então a expectativa era de que no governo de Veneziano nos mantivesse numa situação favorável ao Saúde da Família. Na verdade ouvi uma conversa da ASPSF, após a eleição, com os principais assessores dele, no caso o deputado Vital do Rego Filho, para manutenção da coordenação e da Rede. Nós continuamos no início do governo Veneziano Vital, cujo secretário de saúde foi Geraldo Medeiros. Acho que isso tranquilizou a grande maioria dos profissionais que não iria haver uma quebra do processo que se estava vivendo. Na verdade, a coordenação foi mantida na época com certa desconfiança no processo de monitoramento. Hoje eu avalio que a coordenação foi mantida, de uma forma maquiavelicamente planejada para que se garantisse a tranquilidade dos profissionais até haver um descarte muito bem planejado, de forma a não haver grandes reações por parte dos trabalhadores. Porque o processo que a Rede viveu, dentro da secretaria, nos primeiros seis meses da gestão de Geraldo Medeiros, foi um processo de “fritamento”, de escanteamento, de exclusão, de todas as discussões e decisões que foram estabelecidas nesse início de governo. Embora também ache que ele não conseguiu construir tantos processos de discussão não. As discussões iniciais deste governo começaram de forma incipiente, leve, velada, e nós não éramos convidadas a participar, depois foi se escancarando, se abrindo aos poucos, mostrando claramente de forma até agressiva, grosseira mal educada, qual era o papel que nos cabia naquela gestão. Que não interessava a nossa participação, até que houve enfim a mudança da diretoria (coordenação e Rede). Quando as coisas ficaram mais claras, quando foi explicitado, todas nós resolvemos sair da gestão, e voltamos para as UBSFs. Há quem diga que esse fato, essa saída, tem estreita relação com o projeto saúde da família, que esse governo queria pra Campina, É o que vemos hoje... De simplificação, de desqualificação do PSF. O discurso que ouvimos dessa gestão era que o PSF que conduzimos era o da nossa cabeça, que a gente atribuía ao PSF uma dimensão que não existia. Na verdade a pressão para a nossa saída representou uma estratégia, uma rejeição a gente pensava e fazia. E dessa forma pudesse ser implantando um projeto reduzido de saúde da família, que é o que existe hoje. Um projeto que basta ampliar a cobertura. Basta colocar*

médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde; que não se precisa qualificar, como foi o discurso do diretor da Atenção Básica quando a gente questionou que os profissionais estavam sendo introduzidos no trabalho sem nenhum tipo de treinamento. Em todas as etapas de implantação operadas por essa gestão atual os profissionais são jogados nas unidades sem nenhum tipo de orientação. A maioria dos profissionais quando tem experiência no saúde da família vem dos municípios do interior, que a gente sabe que é esse modelo reduzido do saúde da família. Então vem reproduzir práticas equivocadas que faziam em outros lugares. Outros profissionais recém formados, sem nenhum tipo de experiência no SUS, muito menos em saúde da família, são jogados nas unidades pra começar um trabalho, sem nenhum tipo de orientação, de preparo. Na opinião do diretor da Atenção Básica da SMS-CG, qualquer médico é capaz de fazer o trabalho do saúde da família, não se exige uma capacitação específica pra isso. A minha impressão é que o Saúde da família de Campina Grande hoje é igual ao da grande maioria dos médios e pequenos municípios brasileiros.

Vale salientar que estou distante do PSF, pois hoje sou professora do curso de medicina, da disciplina de Saúde Coletiva na UFPB, e neste espaço, estou começando a me reaproximar agora, então pode ser que a minha avaliação possa ser extremamente emocional, mas não é não! Porque a gente mantém contato com os colegas, e o que se sabe é que em algumas unidades onde profissionais ativos que já viveram outros momentos de grande produção no Saúde da Família, ainda mantém uma energia suficiente pra garantir uma atividade qualificada no trabalho, mas não são muitas essas experiências, até porque o profissional não consegue fazer isso por conta própria, sem o apoio material e técnico da gestão, mas enfim se a gente pudesse fazer avaliação geral, é um PSF desqualificado, que não tem diferença alguma do modelo tradicional de atenção à saúde. Então hoje o que se tem no saúde da família de Campina é produção de consulta, de procedimentos, que é cobrado pela gestão, sem nenhuma participação da população. Atividades de promoção a saúde são raras.

A maioria dos Conselhos Locais de Saúde foi desativado porque não há interesse da gestão em manter essa discussão com a população. Controle social é uma palavra que deve ser desconhecida por um grande número de profissionais. No começo dessa gestão algumas equipes reivindicaram a manutenção da reunião do conselho, e foi dito pela gerência do Saúde da Família, que apenas uma profissional da equipe poderia participar, os demais deveriam ficar nas Unidades trabalhando. Ou seja, a Secretaria nem permite, nem possibilita que os profissionais continuem as atividades que caracterizam o saúde da família como um modelo de atenção diferente, transformador do modelo tradicional. As atividades de monitoramento e avaliação dos indicadores alcançados, e as estratégias utilizadas pelas equipes, as dificuldades encontradas para alterar tais indicadores, que aconteciam e onde vivenciamos experiências riquíssimas nessa área, hoje inexistem... Uma “rede” de atenção a saúde da família extremamente desqualificada, composta por profissionais que nunca trabalharam no SUS, são as pessoas que atualmente fazem os acompanhamentos das equipes.

A supervisão que existe, aquela tradicional, feita com o objetivo de levantar necessidades materiais do trabalho. Discussão do processo de trabalho não existe. Encontros entre profissionais, mensais ou trimestrais, promovidos pela coordenação do PSF, que eram extremamente ricos para trocas de experiências, o apoio mútuo, a discussão do processo de trabalho que faz parte da história do PSF de Campina, hoje inexistem. Então os profissionais raramente tem oportunidade de se encontrar, os treinamentos são setoriais, por categoria profissional, quando acontecem... Enfim é essa a situação... Há um ano atrás eu não teria nenhuma esperança com relação ao PSF de Campina Grande. Talvez daqui a um ano, eu tenha muitas.

Hoje estou assim num processo de recuperação da esperança, então ela ainda não bateu onde pode chegar... Então eu acho extremamente difícil requalificar o saúde da família. E antes de pensar na requalificação, a gente pensa como é frágil, como é sensível, como é vulnerável a construção do sistema de saúde porque a gente nunca imaginou que o que está acontecendo hoje poderia acontecer. A gente sempre acreditou

*na nossa força e na da comunidade, para garantir a sustentabilidade do Saúde da família. Talvez por dificuldades nossas, nem vou tentar analisar por absoluta incompetência, nós não conseguimos analisar o potencial que tínhamos, mas enfim o resultado não foi suficiente pra sustentar o projeto. Então o Brasil inteiro está cheio de experiência pra mostrar, é tanto que hoje se propõe a profissionalização da gestão do SUS, da criação da carreira de gestores para o SUS, na tentativa de se garantir o mínimo de sustentabilidade em função dessas ventanias políticas que acontecem no Brasil de quatro em quatro anos.*

*Mas enfim, é triste ver que trabalhos que demoram anos, com extrema dificuldade, dando um passo de cada vez, tentando construir uma coisa qualificada, à altura das necessidades da população e em muito pouco tempo se consegue desqualificar e desmontar, desmobilizar todo um trabalho. A minha esperança é limitada porque eu sei o quanto é difícil requalificar. Talvez seja mais difícil do que construir, e aí vem o exemplo de João Pessoa que apesar de viver um processo de gestão interessante, com pessoas competentes, comprometidas, não tem conseguido, com facilidade garantir uma nova cara para o PSF de João Pessoa, que a tradicional que foi mostrada no processo de implantação. Então eu vejo com muita preocupação, desesperança... Eu não sei se é possível requalificar o saúde da família de Campina Grande, eu não sei se a gente tem nem a garantia do desejo dos trabalhadores que o operam hoje, que eu acho que seria uma coisa fundamental. Gestão nenhuma conseguiria fazer isso, sem que esses trabalhadores estivessem interessados, comprometidos com o projeto Saúde da Família.*

*Enche-me de esperança, esse fato recente que é o retorno da mobilização política, que era uma coisa que me deixava extremamente triste saber das aberrações que eram cometidas com esses trabalhadores e eles sem mostrar nenhum tipo de reação, nem individual, nem coletiva. Então ver que existe uma insatisfação que já está sendo expressa pela participação política no sindicato, de paralisação, me deixa um pouco mais esperançosa. Mas eu não sei se é possível garantir o nível de qualidade global no saúde da família que já se teve em Campina Grande*

## **COLABORADORA ANTÔNIA**

*Antônia é firme, desbravadora, não se baixa diante dos mais fortes, determinada mobilizou até fazer o Assistente social entrar no PSF.*

*Tom Vital: O desencanto é porque a atual gestão ela não veio para somar com o saúde da família. Ela veio pra destruir o saúde da família. Ela veio pra acabar sonhos de profissionais, compromissos de profissionais competentes com a causa e com perfil para o saúde da família.*

*Como profissional do PSF de Campina Grande, o período de 1994 a 2004 significa um período de crescimento, de amadurecimento profissional onde junto com demais profissionais da equipe, a gente construiu um novo modelo de saúde para o município de Campina Grande. Um modelo com qualidade, com assistência, onde você conhecia a história de Pedro, de Ana, de João e tentava trabalhar dentro das necessidades desses usuários.*

*A entrada na prefeitura do governo do PT e chegada de um secretário de saúde sanitaria, é uma referência no estado da Paraíba pela sua experiência e com a equipe que ele montou, a Rede de Apoio ao Saúde da Família, que ele implantou com pessoas que deram nova visibilidade ao governo...foi fundamental ao PSF e à organização dos serviços. Eu acho que na gestão petista houve mudanças significativas. A Rede veio*

*contribuir nas maiores dificuldades apesar de que, ainda existiam os entraves que estavam muito mais além do que podiam fazer a Rede e a coordenação do PSF. Eram entraves que precisavam de uma decisão maior, da gestão, da alçada do prefeito. E na época do sanitarista, no meu ponto de vista, houve uma queda na questão política, na administração política do município.*

*A gestão que assumiu a Prefeitura de Campina Grande no tempo do secretário sanitarista, não teve autonomia para tocar em frente muitas ações na saúde. E quando secretário sanitarista saiu, e entrou essa gestão atual que eu acho uma gestão doentia, descomprometida. Para mim eles não conheciam ou não quiseram reconhecer os princípios do SUS. Entrou uma equipe que não escutava os profissionais. Tratava-se de uma gestão que não respeitava a história que vinha sendo feita pelos profissionais que faziam o Saúde da Família. Esses profissionais foram transferidos sem respeito. Não houve nenhum envolvimento dos profissionais em seus processos de transferências. Foram transferidos conforme decisões que vinham de cima para baixo, onde não foi levado em conta os passos, a história, a visibilidade que a saúde de Campina Grande alcançou. Tratava-se de profissionais que conseguiram fazer uma nova mudança na história da saúde em Campina Grande. Eles não foram respeitados. Foram torturados, ameaçados... Não se viu respeito pelas suas palavras, por suas conquistas...*

*Então os profissionais de saúde eram mal vistos porque eles envolviam a população, escutavam a comunidade, pois eles trabalhavam segundo as necessidades da população. Não estavam trabalhando com interesses politiquieiros e esta gestão trabalha com picuinhas. Ela não respeita os direitos dos cidadãos e não respeitou os direitos dos profissionais que estavam há mais de dez anos no saúde da família. No governo petista, no meu ponto de vista, as primeiras equipes de Saúde da Família tinham liberdade de trabalhar com a gestão. Foi no governo petista que houve ampliação do número de equipes de Saúde da Família... Entraram novos profissionais na equipe, como o dentista, a assistente social...*

*Eu acho que no governo petista, no meu ponto de vista, tinha-se liberdade, tinha-se abertura... você trabalhava dentro da realidade da sua Unidade. Na gestão no governo petista, mesmo apesar dos entraves, houve avanços... Não podemos esquecer que das muitas conquistas alcançadas teve a participação da população, porque a equipe precisa trabalhar em conjunto com a comunidade. Os Conselhos Locais de Saúde foram implantados pelas equipes de saúde da família... Esses conselhos, em conjunto com as equipes, conseguiram conquistas como a ampliação de unidades, a regularização de medicação, a solicitação de exames, a implantação da central de marcação de consultas e a própria inserção do assistente social no programa de saúde da família.*

*Eu caracterizo como boa a relação entre a gestão petista com os profissionais do saúde da família, apesar de que tivemos um momento de greve no qual reivindicamos melhorias não só salariais, mas de condições de trabalho. A Associação dos Profissionais do Saúde da Família também contribuiu para essas mudanças, para essas aberturas... e devido a pressão que os profissionais faziam, que trabalhavam sempre em conjunto com a comunidade, a gente foi construindo um movimento em favor do saúde da família em Campina Grande e fomos em conjunto provocando essas mudanças que eram importantes para o dia-dia da saúde no município... Para novas conquistas, novas mudanças, dentro do município.*

*Eu vejo que desde o início da implantação do Saúde da família, as equipes foram construindo o saúde da família como modelo de saúde no município... foram conhecendo a comunidade, as suas necessidades. As primeiras equipes trabalharam segundo as necessidades da população. De início tivemos muitos desafios porque não se tinha experiência com saúde a família. Então, em Campina Grande, tudo estava se construindo e nós participamos dessa construção. Tudo para gente também era novo, mas tudo se fazia. A gente sempre estava em contato com a comunidade... estimulando a sua participação, respeitando suas opiniões, porque eles conheciam a realidade mais do que os profissionais. O mapeamento era feito também em conjunto com eles. Então eu acho que no saúde da família, os profissionais trabalhavam mais de perto, mais em*

*conjunto com a comunidade, tentando com isso trabalhar dentro de suas reais necessidades.*

*Na gestão no governo petista, mesmo apesar dos entraves, houve avanços... O desencanto é porque essa atual gestão que está aí desde 2005, ela não veio para somar com o saúde da família. Ela veio para destruir o saúde da família. Ela veio para acabar com sonhos, compromissos de profissionais competentes com a causa e com perfil para o saúde da família. Então a atual gestão ela não teve respeito com uma história de um atendimento de qualidade, uma história de uma saúde preocupada com qualidade de vida dos usuários, uma saúde que se constrói com o povo e não uma saúde de autoritarismo. Na atual gestão a saúde hoje é vista por quantidade, por números e não qualidade. Não que os números não sejam importantes. Eles também são fundamentais para que possamos avançar... Mas essa gestão ela trabalha com quantidade, com número somente. Ela não valoriza o profissional, ela não valoriza a comunidade, ela não está preocupada com as dificuldades que a própria comunidade enfrenta.*

*Com relação ao saúde da Família em Campina Grande hoje o meu sentimento é de tristeza, vergonha, abandono. É uma falta de respeito ver meus colegas hoje desencorajados por uma gestão autoritária, por uma gestão terrível, vergonhosa, triste, descrevo a gestão com essas palavras. Eu tenho esperança... essa gestão que está aí não é para sempre e sei que virão pessoas que tem compromisso, que tem respeito pelo outro, o outro que seja o profissional, a população, a comunidade. Que mostrem solidariedade... A união que existia entre os demais profissionais nessa história ela foi construída por compromisso, por respeito por acreditar que o SUS é possível e que podemos fazer uma saúde diferente, mas isso só é possível se trabalhamos com uma gestão participativa e não uma gestão autoritária e anti-democrática.*

## **COLABORADORA ELIEUZA**

Elieuzza tem como marca o amor e a maternidade tornando-se por vezes mãe de seus usuários. Chorou emocionada ao término das entrevistas.

*Tom Vital: Porque sempre buscamos e buscaremos a efetiva qualidade do atendimento e a do Saúde da Família, que construímos e que ninguém nos ensinou como fazer, foi o desejo de fazer melhor e diferente, aquilo que as pessoas não acreditaram que poderia acontecer que era a mudança de qualidade de vida da nossa população e da nossa área de responsabilidade.*

*Ser profissional do Saúde da Família neste período que corresponde a 1994 e 2004, tem um significado bastante importante na minha vida profissional. Quando nós ingressamos nesse projeto não se tinha ainda o modelo do que verdadeiramente era o PSF, ele foi construído coletivamente com as pessoas que sempre acreditaram no Sistema Único de Saúde, em um atendimento diferenciado, humanizado e personalizado.*

*O período correspondente entre a gestão do secretário sanitário e a entrada da nova gestão em 2004 compreende um resgate histórico desde a década de 90 até agora, e nos fazem lembrar vários momentos importantes na construção do Saúde da Família em Campina Grande. Na década que passamos, nós construímos inicialmente um atendimento diferenciado, onde tínhamos que construir o novo, aprendendo com este novo, foi um processo de aprendizado contínuo e bastante sofrido, porque nessa época nós não tínhamos espaço garantido para as capacitações que nos eram oferecidas para nos adequar ao trabalho em atenção básica. O que tínhamos eram momentos da própria equipe que sentava, estudava e buscava acertar mais com os ensinamentos dos manuais*

do Ministério da Saúde. Quando o secretário sanitarista entrou, nós tínhamos expectativas grandes, porque ele vinha da história do NESC, tinha reconhecimento dentro de João Pessoa, apesar de não ser conhecido em Campina Grande, e apostando todos as nossas fichas na gestão dele, foi quando a rede de apoio foi formada, a nossa “musa” do Saúde da Família, a nossa “Baluarte”, a nossa “mãe” Dr<sup>a</sup>. Ana Fábria tomou posse da coordenação tendo todo respaldo junto com todos os atores envolvidos nessa gestão, nós tínhamos a rede de apoio ao Saúde da Família... Um time que poderia ser chamado a “Seleção da Saúde Pública” do município de Campina Grande, mas mesmo com a equipe excelente que foi formada a Secretaria de Saúde não se apropriava ainda da importância da atenção básica desse município, continuava os mesmos entraves, apesar do secretário sanitarista ter uma visão bastante ampla do que é o Saúde da Família e as propostas que ele tinha para o município de Campina Grande.

Sobre a atuação no PSF e as necessidades da população assistida antes do governo petista tanto as nossas quanto as necessidades dos nossos usuários partiam do princípio do reconhecimento e do trabalho em si. Eu não acredito em partido, nem em nenhuma figura que se diga estar representando o povo, porque o que eu costumo ver e atestar, são pessoas que dizem no seu discurso que vão representar o povo, mas o povo que eles representam é o povo deles, é a necessidade deles em detrimento da necessidade do grande povo, que são as pessoas que a gente conhece, que criamos vínculo, que vimos nascer, adoecer e morrer... Que a gente vê se prostituir, se drogar e você está engessada diante de tantas necessidades, sem ter governabilidade dentro do seu território e sem ter o apoio necessário das pessoas que estão representando o povo nos seus gabinetes.

Com relação a forma como as primeiras equipes lidaram com as gestões anteriores ao governo Petista, eu acho que é um campo minado falar de política, mas quando você tenta mudar, ampliar, ou mesmo buscar aquilo que acredita que seja o SUS, a Estratégia do Saúde da Família, que antes era programa e hoje é uma estratégia consolidada, mas está com as perninhas quebradas... A gente pode perceber que quando houve aquela história de casar a política do SUS com a política partidária, o sonhos se quebraram, o cristal rachou, e nós que estávamos buscando a efetivação do Sistema Único de Saúde, tivemos que continuar brigando pela qualidade, e isso nos fez ser rotulados como pessoas contra a gestão, rotuladas negativamente, como até hoje somos, como pessoas que não são a favor da gestão partidária. Porque sempre buscamos e buscaremos a efetiva qualidade do atendimento e a do Saúde da Família, que construímos e que ninguém nos ensinou como fazer, foi o desejo de fazer melhor e diferente, aquilo que as pessoas não acreditaram que poderia acontecer que era a mudança de qualidade de vida da nossa população e da nossa área de responsabilidade.

Embora que a decepção foi bastante visualizada, as cortinas caíram e apareceu o processo político mesmo! Partidário! E mais uma vez a gente se decepciona. Inclusive fizemos um movimento de greve fantástico de face pintada, paralisamos todas as atividades do saúde da família em prol daquela qualidade que a gente sempre buscou, atendimento qualificado um SUS eficiente, medicamentos suficientes, capacitações...

Eu não gosto muito de falar sobre a questão política, mas, como falei anteriormente a cicatriz é profunda, o sofrimento é inevitável porque quando a gente fala daquilo que gosta de fazer, que a gente ama, que acredita, daquilo que construiu, é como você olhar para trás e saber que foi o arquiteto, que aprendeu no dia-dia, que levantou pilar por pilar, que aprendeu a visualizar com novos olhos, aquilo que você acreditou e fez a diferença e hoje se sente excluída, onde todas as políticas públicas prezam pela inclusão e não a exclusão. Nós deveríamos ser mais fortes, como éramos antes, quando existia a nossa associação de saúde da família, onde buscávamos pensar coletivamente, para que pudéssemos continuar na vitrine dos melhores shoppings, onde poderíamos mostrar todo o nosso trabalho, os impactos que conseguimos juntos com todas as equipes, e com todas as pessoas que acreditavam e continuam acreditando na saúde pública do nosso país.

A gestão na saúde no governo petista... São esses que se dizem estar no poder para governar e pensar em mudar as condições de vida de uma população? Ou somos



*nós que às vezes alienados pelos sonhos de mudar, pelo sonho de querer fazer melhor, estamos adoecidos, estamos desiludidos porque não conseguimos fazer o que deveríamos fazer? Ou são eles que costumam e continuam dizendo que são os dirigentes do partido trabalhista, do partido do povo. Que partido é esse que sempre viu em discursos que poderia mudar e não fizeram a diferença. Pelo contrário, nos frustraram nos deprimiram, nos encostaram contra a parede, nos roubaram grandes sonhos de concretizar e continuar aquilo que a gente germinou e viu crescer e fomos estupidamente podados, arrancados, extirpados, seqüestrados, dentro de nosso sonho, dentro de nosso ninho, dentro de nosso saber, dentro de nosso fazer. Quem somos nós hoje?*

*Avançar sim, mas com qualidade, foi quando começou o processo de expansão do Saúde da Família, mas bastante rigoroso, porque a nossa Dr. Ana Fábيا sempre queria que avançasse, mas com qualidade que hoje a gente não vê isso.*

*A minha impressão sobre a situação do PSF em Campina Grande hoje é que existem duas linhas ou duas correntes. Nos chamam “os profissionais jurássicos”. Nos chamam de pessoas que só sabem brigar, que só sabem apontar os erros, mas somos nós que tentamos fazer a diferença, que tentamos semear, que estamos tentando até hoje buscar esses frutos. Mas hoje o que é o PSF em Campina Grande? Fizeram uma expansão gigante, onde o padrão de qualidade não existe, onde somos profissionais que devemos cumprir uma carga horária que antes cumpríamos sem vermos nem o relógio. E hoje somos apenas profissionais buscando resgatar o PSF da década de 90, da década onde costumávamos avaliar indicadores, costumávamos buscar atividades, ações inovadoras para mudar a história daquele território que é de nossa responsabilidade. Hoje vejo o PSF de Campina Grande, portas abertas, onde não tem o que deveria ter. Repassaram pra gente atribuições que são da gestão, os profissionais antigos ou jurássicos foram responsabilizados pelo treinamento em serviço dos novos colegas, quebraram nosso vínculo com a nossa comunidade, onde fomos retirados, onde fomos extirpados como cânceres das nossas unidades para outras onde nós não conhecíamos, onde o sofrimento era maior do que o prazer e o fazer de trabalhar no Saúde da Família. Hoje o PSF de Campina Grande são portas de pronto-atendimento, infelizmente.*

*Apesar de todo sofrimento, apesar de toda decepção, apesar de todos os sentimentos negativos, eu ainda nutro com todo fervor, com toda a minha vontade de continuar sendo e fazendo aquilo que eu aprendi desde 1994, sou um profissional que acredito no SUS, que busca fazer a diferença, por isso que muitas vezes ainda sou tachada como uma pessoa que ainda vivo de sonhos. Mas o que seria o homem se não pudesse sonhar e não pudesse buscar concretizar esse sonho. Apesar de todas as limitações técnicas por parte da gestão, ainda acredito muito na nossa força, no nosso potencial e no nosso poder de fazer e olhar diferente. Ainda sofro muito em ver aquele trabalho construído com toda força, com tanta dignidade, com tanta esperança... Mas ainda acredito e hei de ver Campina Grande, o PSF do nosso município como fomos aplaudidos na Primeira Mostra de Saúde da Família, em Brasília, de pé, como uma das melhores equipes na nossa nação. Não é preciso ser tão grande, a honra ao mérito, como costumávamos ver e ser, nunca nos envaideceu, mas sempre tem uma injeção de ânimo para que continuássemos a trabalhar e a buscar, porque o nosso povo é nossa gente, nós somos esse povo, nós somos essa gente. É como uma das ações desenvolvidas pelo PSF do Pedregal, que sempre me chamou atenção, “gente foi feito para brilhar”... E somos essa gente, só estamos buscando essa lei, essa lei somos nós.*

**COLABORADORA DALVA**

Dalva sempre trilhou o caminho do sucesso e do reconhecimento profissional, por seus méritos e compromisso. Largou o consultório e adentrou o mundo do SF e de lá saiu referência em hanseníase. Continua insatisfeita, pois querer sempre ajudar quem mais necessita. Ainda não entendeu o quanto tem ajudado.

*Tom Vital: Aprendi muito na construção do processo inicial. Fui me ligando às políticas públicas que até então eu não tinha nenhuma informação*

*Sobre ser profissional do PSF em Campina Grande que eu comecei em mil novecentos e noventa e cinco e na época eu não tinha a menor idéia do que fosse o Programa. Tentei mudar a minha vida profissional, dar uma guinada. Aprendi muito na construção do processo inicial. Fui me ligando às políticas públicas que até então eu não tinha nenhuma informação. Era totalmente alienada nesse assunto de política de saúde. Eu nunca tinha me interessado. Esse período que eu passei no PSF mudou minha vida como profissional e como pessoa. Foi um processo em construção da Saúde Pública de Campina Grande no qual se tentou, contando com pessoas competentes, com as quais eu aprendi muito nas discussões, dar um salto de qualidade nesse setor.*

*Bom, sobre o período da gestão petista em 2002, considero um salto, porque como ele era Sanitarista, tinha uma visão diferente dos gestores anteriores. Houve uma expansão do PSF tentando ser organizado com qualidade. Ele dinamizou mais o trabalho formando a Rede de Apoio ao Saúde da Família da qual eu fiz parte.*

*Eu deixei a Unidade de Saúde da Família para integrar a Rede. Sobre essa nova gestão que entrou em 2005 e está no segundo mandato, como eu me afastei, eu não tenho conhecimento profundo do que está acontecendo na Saúde em Campina Grande. Mas pelo que sei de notícias e de conversas com os pacientes, o serviço está péssimo! A expansão do número de Unidades de Saúde da família foi muito grande, mas o processo se deu sem qualidade nenhuma. Pelo contrario! Fez foi acabar com o que se tinha sido construído... Pelo que eu me lembro no Governo Petista, apesar da prefeita ser um pouco intransigente - mas não tanto quanto o prefeito atual - a gente discutia e tentava brigar para fazer o saúde da família dar certo. Eu acho que a gente sempre brigava pelo que queria para o Saúde da Família e tivemos algumas respostas no governo petista. O secretário de saúde anterior ao governo petista não entendia nada de nada! Mas a gente conseguia mais ou menos na “marra” as coisas, mas ele não era intransigente em não permitir a atuação política como faz o atual secretário de saúde.*

*Os profissionais que atuavam no Saúde da Família e entendiam do processo de construção do SUS, enfrentavam os gestores anteriores a essa gestão e tentavam brigar pelo que a gente queria. Eu acho que a gente tinha a chance de fazer mais coisa do que hoje em dia, por que não tem quase ninguém querendo brigar pelo trabalho e pelas melhorias no saúde da família. Eu me lembro que na época do Governo Petista, nós profissionais do Saúde da Família pensávamos que Campina Grande sofreria uma reviravolta na saúde, por que pelo que se tinha idéia do PT na época, a gente criou muitas expectativas com a saída do então prefeito para ser Governador e a prefeita de um outro Partido que na época nós acreditávamos. O que já não mais pensamos sobre o PT hoje em dia. Pensava-se que pelo menos o Partido, provocaria uma mudança bem maior.*

*Quando a prefeita colocou um sanitaria na Secretaria a gente ficou contente por que era uma pessoa que tinha conhecimento do trabalho do saúde da família. Então se pensou que ia haver uma melhora grande. Apesar dos pesares, o secretário sanitaria conseguia atender as nossas reivindicações mesmo que a prefeita não entendesse muito ou não quisesse dialogar com a gente. Mas nós ficávamos lá esperando e ela se sentia obrigada a nos atender. Eu acho que secretario sanitaria tinha um bom jogo de cintura com a prefeita, tanto que terminava por conseguir algumas coisas. Posso dizer que com a*

*saída desse secretário e com a entrada da atual gestão veio o desencanto. Primeiro porque saiu toda a equipe competente da Secretaria e no lugar de profissionais que em 2004 tinham quase uma década de atuação no saúde da família em Campina Grande, foram trocados por pura politicagem, foram colocadas pessoas incompetentes que não tem nenhuma visão do que fosse Saúde Pública, SUS. Apesar do secretário de saúde que sucedeu o sanitarista ter participado da gestão anterior, como profissional, ele era uma das pessoas que não aceitava o que a gente fazia, o que a gente orientava e não queria seguir as premissas do Saúde da Família, é tanto que saiu. Mas hoje eu acho que é uma incompetência geral e a saúde pública em Campina Grande está péssima!*

*A minha impressão é a de que não se tem mais PSF. As unidades de saúde da família funcionam como unidades comuns. Em apenas algumas existe a equipe o dia inteiro, mas não deve ser todas. A maioria, pelo que ouço dizer, as que entraram depois, que não participaram da gestão anterior, dizem que é um caos! Não se tem organização do processo de trabalho das equipes. O serviço não está organizado para se fazer PSF, os profissionais verdadeiramente possam fazer e os gestores não se interessam por isso. Não se tem treinamento e não há cobrança e avaliação por parte da secretaria, do nível central. Então eu acho que vai piorar cada vez mais. Se continuar isso aí, se não virar... por que está difícil de virar! Não falo a respeito do prefeito ficar ou continuar, mas falo a respeito dos profissionais já estão acomodados, como se fosse funcionários públicos, que não querem trabalhar, eu acho que é isso. Com relação a ter esperança com o futuro da saúde da família em Campina Grande o que eu acho é que está difícil de reverter o que acontece hoje, prá por em prática as normas do SUS que é uma filosofia belíssima e que eu acho que é a salvação da saúde das pessoas, principalmente os mais carentes... Eu acho difícil que volte a filosofia que a gente tinha no início do Programa, nos anos noventa.*

### **COLABORADORA RITA**

Rita traz consigo a força e a esperança típicos de quem é do sertão. Assentou-se no projeto, como bicho que instintivamente vai estabelecendo o seu lugar. E se faz presente... Na sabedoria sertaneja, no desejo de aprender, na vontade de fazer algo, no reencontro com os seus...

*Tom Vital: Toda a minha experiência profissional, praticamente eu investi no PSF, já que todo mundo acreditava que fosse um programa que pudesse realmente vir a mudar a questão do modelo da saúde, do modelo tradicional.*

*Para mim, o que significa O PSF de Campina Grande, entre o período de 1994 a 2004, é que na minha visão de profissional, eu achei programa muito significativo porque eu não conhecia antes; e então numa viagem para Salvador, num Congresso, eu soube que em Campina Grande existia o PSF, e pelos critérios que tinha, pela estratégia, eu me interessei muito, e procurei saber se tinha este profissional no programa, procurei logo falar com o coordenador, que na época era Dr. Erinaldo e a fala dele sobre o PSF, teria muito a ver com a profissão do Assistente Social, que é um profissional que trabalha com a família com a comunidade com a questão do direito e me interessei muito...*

*Toda a minha experiência profissional, praticamente eu investi no PSF, já que todo mundo acreditava que fosse um programa que pudesse realmente vir a mudar a questão do modelo da saúde, do modelo tradicional. Então toda a equipe se empenhou e*

*a gente fazia o possível para fazer as coisas acontecerem da forma como deveriam, como a população merecia e como preconizava as propostas do PSF. Então foi um período de muita luta política, de criação, de propostas. A gente tentava implantar o Conselho Local de Saúde, trabalhar a organização da comunidade, a mobilização das pessoas, articular para que elas entendessem que o PSF era um programa que realmente vinha para beneficiá-las. Na verdade todos os profissionais estavam sendo beneficiados, porque na medida em que estava investindo, estudando, pensando em mudanças para esse modelo de saúde então também estava crescendo profissionalmente. Além da questão de melhorar a qualidade de vida, viabilizar todas as formas para a saúde e a mudança desse modelo. Por tudo isso foi de grande importância o começo de implantação do PSF.*

*O PSF tava se organizando, se estruturando dessa época e precisava realmente do apoio da gestão, e na verdade nós entendemos as gestões anteriores ao governo petista não estavam atuando da forma que o PSF precisava. Nós tivemos muito desentendimento político entre os profissionais com a questão da gestão, não só das necessidades do profissional, mas, a necessidade de melhorar o PSF, segundo o que estava preconizado. E assim começou nossa batalha para tudo mudar! Para que a gente tivesse um gestor da saúde, para melhorar a qualidade do PSF. Foi uma época em que passamos por muitas dificuldades; além das dificuldades do trabalho do PSF, a questão política também teve barreiras porque não havia um entendimento tão claro do que seria a proposta do PSF.*

*Os enfrentamentos se deram dentro destas dificuldades e foi o que fortaleceu os profissionais para se organizarem minimamente e não deixar o PSF cair na mesmice de qualquer programa que já passou por ai... Era preciso, que os profissionais investissem e não deixassem ele se tornar um modelo tradicional, precisava ser um modelo inovador. Foi quando surgiu a fundação da nossa associação do PSF, que realmente precisavam da participação dos profissionais do Saúde da Família para discutir a proposta do PSF em outros fóruns de debate. Nos congressos, nós fazíamos o possível para mostrar os trabalhos desenvolvidos, a nossa experiência e como estava sendo inovador o PSF em Campina Grande, e que essa proposta precisava melhorar, necessitava de entendimento político entre todas as categorias, e essa articulação política foi o que fez com que essa proposta pudesse caminhar.*

*A entrada do Secretário Sanitarista na gestão de 2004, realmente nos trouxe muita transparência. Porque era uma pessoa que entendia da saúde, sabia como conduzir a estratégia do PSF e ele tinha toda uma garra, investiu nos profissionais; então eu acho que ele trouxe muito benefício para o PSF. Na condição de gestor, ele abriu caminhos e portas para os profissionais se reciclarem, se capacitarem, para apresentarem trabalhos em outros locais, mostrar novas experiências e em tudo que foi investido na saúde de Campina Grande. Então a gente tinha muita esperança de tudo mudar no PSF, porque o gestor era uma pessoa que vibrava com esse modelo inovador de saúde e na verdade mudou muita coisa. Mesmo assim por mais que o gestor entendesse da saúde, havia dificuldades, muitas barreiras, algumas coisas que não eram pensadas como a gente queria. E aí também teve uma contribuição muito grande da Secretaria de Saúde que passou a criar esse espaço político, que não era a questão só do profissional, mas precisava ser uma questão de reivindicação coletiva e isso aí deu muita força ao PSF. Tivemos muitos ganhos neste período, nesta gestão com a Associação do PSF; porque era uma questão coletiva dos profissionais visando à melhoria para a população. Então no período dessa gestão criou-se a expectativa de tudo melhorar, de se transformar para melhor, foi quando a gente caminhou realmente, todo mundo era organizado, todo mundo unido, porque a gente pensava no crescimento e no futuro do PSF de Campina Grande e não parou com a expectativa nessa gestão.*

*A relação dos integrantes das primeiras equipes com a gestão do governo petista foi caracterizada de várias formas... Apesar dos gestores do governo petista terem uma grande visão do que era o PSF, os profissionais precisavam um incremento na melhoria da qualidade dos serviços, de infra-estrutura, de financiamento que fosse investido no PSF. Não era para priorizar só a discussão política, mas no retorno de insumos e*

*necessidades que as equipes apontavam; priorizar a qualidade do atendimento dessas pessoas. Então o enfrentamento que tivemos foram para melhorar as estruturas físicas dos postos, porque existia uma reclamação muito grande sobre a infraestrutura dos postos de saúde desde que começamos com casinhas alugadas, onde se fez um rearranjo em domicílios, transformando-os em Unidades Básicas de Saúde, para ter consultório médico, salas para os outros profissionais, mas que funcionavam de forma precária. No governo petista houve uma grande reforma dos postos de saúde do PSF. O programa estava se expandindo e melhorando o atendimento, as pessoas estavam procurando as unidades de saúde e sendo bem acolhidas pelo PSF. Antes não tinha infraestrutura para receber estes usuários e nesse período todos os PSFs passaram por reforma, e isso trouxe alguns avanços...*

*Nas gestões anteriores ao governo petista o PSF estava se estruturando e se organizando, então houve mais dificuldade que no governo petista. Além dos gestores terem um melhor entendimento da política de saúde a população também já entendia qual era a proposta do PSF, já entendia qual o seu lugar na questão de reivindicar, de buscar seus direitos. Nessa gestão do PT, já tínhamos conselho comunitário local, espaço de reivindicação com reuniões mensais onde a população estava lá. Quem se sentia prejudicado, quem percebia que estava faltando alguma coisa, de saneamento, coleta de lixo, casas caindo, ausência de marcação de consulta, mau atendimento na UBSF, estava lá, na reunião do conselho, lutando, dizendo o que estava faltando, a medicação, que os exames estavam sendo demorados para serem marcados, as consultas, e todos os problemas do PSF. Era em benefício da população e eles precisavam reivindicar. Então mudou muito nesse sentido do entendimento político da população, de saber o que era direito deles, que antes não havia esse espaço para reivindicar e exercer a cidadania. Então esse direito político, esse entendimento da população melhorou consideravelmente.*

*O desencanto com a entrada da nova gestão em 2004 aconteceu porque houve todo um desmonte do PSF, porque os profissionais foram demitidos e os que ficaram, mudaram até a visão do que seria o PSF, porque a primeira coisa que essa nova gestão pensou foi em acabar com a associação, não pensavam de melhorar o PSF, mas sim de acabar com tudo que já se tinha construído. Então se o entendimento é de que a Associação de Profissionais, não faz bem para a categoria, a primeira coisa que fez foi acabar com o PSF, então por aí começou esse desmonte. Os profissionais não mais questionavam, não reivindicavam, porque era como se fosse uma afronta, uma rixa à gestão. Se você reivindicasse seu espaço e a gestão se sentia ofendida, como é que esse entendimento poderia melhorar? Como o PSF poderia caminhar? Então houve um retrocesso muito grande com essa concepção. Muitos profissionais saíram do PSF com a seleção e mesmo sem ela, outros foram demitidos quando eram suspeitos de que não eram compatíveis com a ideologia desta gestão. Esses profissionais saíram... Houve uma grande perseguição com os profissionais, o que fez muito mal para os profissionais que estavam contribuindo e construindo o PSF. Esses profissionais ou foram transferidos de áreas que estavam trabalhando para outras áreas diferentes, faziam com que você quebrasse todo um vínculo de confiança que o profissional criou ao longo do tempo com o usuário e a comunidade. Quando se mudava para outra equipe, outro bairro, era o mesmo que estar começando um novo trabalho do zero, não se deu continuidade ao vínculo, os laços de afetividade, de acolhimento, que já tinham sido construídos há muito tempo, trabalhar onde já existe o diagnóstico daquela área que você já conhece, sabe das necessidades da população, e quando você vai para outro bairro, perde esse vínculo e toda uma história que já tinha sido construída. É como se você tivesse paralisado para poder recomeçar uma outra história.*

*A minha impressão sobre o PSF em Campina Grande hoje, é o que outros profissionais falam e o que principalmente a população reclama. O que a mídia “entre aspas” fala, mesmo que não seja muito divulgado é o fato de que o PSF está se desmoronando, acabando mesmo, não é mais aquela proposta que se tinha, não estão sendo cumpridas as propostas do PSF, ele não funciona mais como deveria.. Falta médico nas equipes,*

*faltam outros profissionais, eles não valorizam outros profissionais na equipe porque estão querendo só mais a medicalização mesmo, só querem uma equipe mínima; se tiver o médico, o enfermeiro e o auxiliar, para eles já está bom! Não precisa mais de outros. Deu remédio e o paciente vai embora! Não existe mais a questão da educação em saúde, os grupos organizados, não existe mais Conselho de Saúde, não se tem mais associação do PSF, não tem mais uma população que lute por isso. Então o PSF está sendo visto como se fosse um programa como outros que existiam, os programas antigos, centralizados mais na questão da medicação. E mesmo assim a população reclama que falta muito a medicação...*

*Quanto a esperança com relação ao futuro do SUS em Campina Grande sendo o PSF a porta de entrada do sistema, para falar a verdade, nesta gestão eu não tenho nenhuma esperança na melhoria do PSF, porque foi desmontado de propósito. Então não vai ser nesta gestão que ele será reconstruído, porque a cada dia que passa fazem mais violência contra ele. O PSF no geral está descumprindo as estratégias e princípios que inicialmente foram feitas por questões estruturais. Mas quando se tem um gestor que tenha entendimento, vontade política de permanecer num PSF de qualidade, aí tudo bem! E quando se tem uma gestão que não investe na política de saúde é muito difícil que alguma coisa inovadora possa acontecer. Então na minha opinião o PSF aos poucos está se acabando... Eu não acredito que ele melhore e acho que daqui para frente as coisas só vão piorando. Não se investe em profissionais, em capacitação, em uma melhoria. Falar em PSF é como se fosse algo em segundo plano, ele não é o primeiro plano dessa gestão. Então eu não tenho nenhuma esperança na questão de melhoria.*

*“A Utopia está no horizonte.  
Me aproximo dois passos,  
Se distancia dois passos  
e o horizonte corre dez passos mais.  
Por mais que eu caminhe,  
nunca o alcançarei.  
Para que serve a utopia?  
Para isso, para caminhar”.*

(Eduardo Galeano)

**RESULTADOS E ANÁLISES**

## 5 RESULTADOS E ANÁLISES

### 5.1 AS EQUIPES PIONEIRAS E A ESPERANÇA DA CONCRETIZAÇÃO DO SUS POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Um dos princípios fundamentais do sistema de saúde no Brasil advém da abordagem criada há mais de 30 anos nos vários países que participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e afirmaram compromissos com a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, constituindo assim a Declaração de Alma-Ata.

Os Cuidados Primários de Saúde foram apresentados como um conjunto de valores, princípios e abordagens para melhorar o nível de saúde de populações desfavorecidas em todos os países, e ofereceram um caminho para melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde e eficiência na forma como os recursos deveriam ser utilizados:

Os cuidados primários de saúde adotaram uma visão holística da saúde, que foi muito além de um modelo estreito de assistência médica. Ele reconheceu que muitas das causas de problemas de saúde e doença estavam fora do controle da saúde e, portanto, poderiam ser resolvidos através de uma abordagem global abrangendo a totalidade da sociedade. Isso iria cumprir vários objetivos: melhorar a saúde, reduzir a morbidade, aumentar a equidade e melhorar dramaticamente a eficácia dos sistemas de saúde (OMS, 2008).

O correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 1992).

#### 5.1.1 O início do trabalho no PSF e o aprendizado das primeiras equipes

O PSF surgiu no Brasil no arcabouço das proposições de reorganizar a Atenção Básica em Saúde seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Trazia em seu bojo questionamentos como a eficiência da assistência médica curativa, o uso excessivo da alta tecnologia, o aumento da medicalização, os altos custos em saúde e a baixa resolutividade diante de indicadores de saúde e de qualidade de vida que não se modificavam e colocavam o país numa avaliação negativa do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).



Assim, destacamos que as experiências de implantação e trabalho no PSF são as mais diversificadas, marcadas por contextos distintos, que muitas vezes não expressam o modelo de atenção almejado, como afirma Monnerat et al. (2006, p. 98):

No entanto, é forçoso reconhecer que a implementação do programa se deu em meio a uma variedade de contextos marcados pelas profundas desigualdades sociais, econômicas e regionais que moldam a realidade brasileira, forjando um cenário complexo e heterogêneo e abrindo espaço para as mais diversificadas experiências de implantação do PSF. (MONNERAT et al., 2006, p. 98).

O PSF propunha-se a romper com a característica usual de ser mais um programa vertical do Ministério da Saúde (MS) e tornar-se uma estratégia de substituição de práticas em saúde que se configurassem como um modelo estruturante do SUS.

Essa perspectiva faz com que família passe a ser objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais do que uma delimitação geográfica é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida - permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (BRASIL, 1997, p. 7).

Tomando como base os pressupostos de se trabalhar com a família, o território e a comunidade o Ministério da Saúde estabeleceu que a Estratégia Saúde da Família deveria contar com:

O caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde orientados a partir da Estratégia Saúde da Família tem provocado um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção no SUS: ser o primeiro contato da população com as ações e serviços de saúde, permitindo melhor coordenação da atenção aos usuários na rede de serviços. A Estratégia Saúde da Família constitui um esforço tripartite, ou seja, de integração entre as instâncias federal, estadual e municipal, que supera divergências político-partidárias. Mas sua relevante especificidade é ser uma proposta de ação multiprofissional, orientada para um território específico sob responsabilidade de uma equipe que busca prevenir o adoecimento e a morte por motivos preveníveis e atuar como referência para outras ações dos serviços de saúde que exijam atenção secundária ou além dessa (TEMPORÃO, 2009, p.1322).

Tomando como base uma decisão do Conselho Nacional de Saúde, que contribuiu para que fosse editada a NOB 93, cujo lema era: “cumprir e fazer cumprir a lei para descentralizar as ações e os serviços de saúde”, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite prevendo mecanismos de transferência de recursos fundo a fundo com base em diferentes níveis de gestão os quais estados e municípios poderiam assumir em suas habilitações. (BRASIL, 2000). Segundo Guimarães (2006), no ano de 1994 o prefeito Félix Araújo, de Campina Grande na Paraíba, solicitou à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) a

habilitação na Gestão Incipiente, quando o município passou a ser reconhecido como gestor local do SUS, de acordo com a NOB/ 93.

Neste mesmo ano (1994) o município de Campina Grande recebeu o convite da então coordenadora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a enfermeira sanitária Dra. Maria de Fátima Sousa do Ministério da Saúde, para implantar o Programa de Saúde da Família no município. Embora não tivesse definido um modelo de assistência para o SUS ou para reorganizar a Atenção Básica, o município aderiu ao PSF, sendo um das catorze municípios pioneiros a iniciar tal experiência (GUIMARÃES, 2006, p. 50).

O desafio era organizar um serviço de saúde que visava a reversão do modelo assistencial vigente, cuja compreensão se daria “através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios” (BRASIL, 1997). O PSF deveria ser a “porta de entrada”, do sistema local de saúde hierarquizado como preconizava os princípios do SUS. Na época, Levcovitz e Garrido (1996) reafirmavam que “Saúde da Família não era uma estratégia paralela na organização de serviços, mas uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo”.

Partindo desses pressupostos, as cinco equipes pioneiras iniciaram no PSF de Campina Grande, uma experiência de caráter inovador, desconhecida por todos os profissionais envolvidos, mas que significava o fortalecimento do desejo e da utopia de se criar um modelo de saúde mais igualitário.

No Programa Saúde da Família, é ambiciosa a intencionalidade de produzir mudanças. Não se trata apenas de modificar determinados aspectos do quadro de saúde ou da organização dos serviços, mas, ao fazer isto, transformar a racionalidade dos modelos assistenciais e a lógica de funcionamento dos serviços, quanto à operação de seus componentes, à vinculação com a comunidade e as relações com todo o sistema de saúde e demais setores (MEDINA; AQUINO, 2002, p.137).

A partir de 1994, o PSF passou a ser um desafio para os profissionais, gestores e comunidade nela envolvidos, os quais se deparavam a cada dia com novos enfrentamentos relacionados à condução do processo de trabalho, à organização dos serviços, ao cadastramento e à visita domiciliar das famílias das áreas adscritas, às prioridades dentro da demanda insurgente, à formação de equipes, à reflexão do trabalho criado no espaço de prática de avaliação cotidiana sistematizada sobre o que estava sendo construído, entre outros aspectos.

O preceito fundamental da Estratégia era que os profissionais deveriam estar em contato direto e diário com a comunidade, para orientar as famílias sob sua responsabilidade quanto às medidas de prevenção, para tratar as suas doenças e para

ajudar a construir um ambiente saudável objetivando melhorar as suas qualidades de vida. A atuação das equipes dever-se-ia ocorrer numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar em conjunto com a comunidade, e de forma intersetorial com os demais setores da administração municipal, bem como em parceria com outras instituições públicas ou privadas (GUIMARÃES, 2006, p. 52).

As equipes de Saúde da Família deveriam constituir-se de profissionais capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes, que promovessem a saúde e prevenissem as doenças em geral. De acordo com Sousa e Harmann (2009, p. 1328), o trabalho como um modelo de atenção à saúde direcionada à comunidade não é uma tarefa simples, uma vez que exige um olhar voltado para os grupos sociais específicos. Supõe um rompimento dos muros dos serviços de saúde e, sobretudo, um alto grau de complexidade do conhecimento, exigindo profissionais habilitados para atenderem à demanda.

Mendes (1999) considera que as tecnologias empregadas na atenção básica requisitam menor densidade e maior complexidade, porque utilizam recursos de baixo custo no que se refere a equipamentos diagnósticos e apoios terapêuticos e, por outro lado, incorporam instrumentos tecnológicos advindos das Ciências Sociais (Antropologia, Sociologia e História) e Humanas (Economia, Geografia etc.) na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual.

Em 1996, o Ministério da Saúde publicou o primeiro número da revista “Saúde da Família”. O seu editorial afirmava que no campo das políticas públicas, o setor saúde se destacava pela capacidade propositiva de mudanças (BRASIL, 1996). Nesse número, Levcovitz e Garrido (BRASIL, 1996, p. 6) afirmavam que era “preciso mudar nosso modelo de atenção à saúde”. Esta publicação inaugurou o registro de um processo político e histórico no contexto da saúde ao descrever as experiências dos municípios que primeiro implantaram as Equipes de Saúde da Família nas variadas regiões do País, entre eles Campina Grande na Paraíba. Sem dúvidas, as produções literárias e científicas da época fortaleciam a concepção de mudança agregadas ao PSF.

Os depoimentos das colaboradoras deste estudo ilustram os primeiros momentos do Saúde da Família em Campina Grande, revelando a falta de conhecimento existente acerca do Programa Saúde da Família, as dificuldades, o rico aprendizado e o fortalecimento da idéia de transformar o Saúde da Família em modelo de atenção à saúde.

*O início realmente foi maravilhoso a maneira como o Saúde da Família adentrou nas comunidades por conta até do nosso coordenador ser uma pessoa com muito conhecimento de trabalhos comunitários, de SUS, de saúde pública. A maneira como a gente chegou na comunidade foi perfeita. Tivemos contato prévio com líderes comunitários, nos reunimos com os representantes das comunidades para ver se havia algum conhecimento sobre o diagnóstico das comunidades. Como não se tinha agentes comunitários de saúde no município, nós mesmas*

*fizemos o cadastramento. Apresentamos a proposta para as famílias. A comunidade aderiu rapidamente à proposta apesar de não compreender bem toda a estruturação e operacionalização do que fosse saúde da família. Porém, o convívio diário e o compromisso mostrado pelos profissionais fizeram com o que ocorresse um relacionamento muito bom entre a equipe e a comunidade traduzido em respeito, consideração, confiança... E tudo isso serviu demais para termos conseguido melhorar alguns indicadores sociais e de saúde. (Marlene)*

*Quando nós ingressamos nesse projeto não se tinha ainda o modelo do que verdadeiramente era o PSF. Ele foi construído coletivamente com as pessoas que sempre acreditaram no Sistema Único de Saúde, em um atendimento diferenciado, humanizado e personalizado. (Elieuzar)*

*Campina Grande na época, em 1995, tinha seis centros de saúde e os postos de saúde não funcionavam na lógica do SUS. As atividades desenvolvidas eram pontuais como vacina, entrega de benefícios e consultas médicas feitas de forma descontínua. O sistema de saúde local mal funcionava e na verdade inexistia um serviço de atenção básica. Um começo de dificuldades de ordem técnica. Porque o PSF era um desafio enquanto campo do saber. Era um desafio muito grande colocar na prática profissionais generalista com competência tanto para resolver as questões das clínicas básicas como também da organização, da educação em saúde, da consciência sanitária, da incorporação do controle social de forma que o usuário não seja um mero consumidor da saúde, mas que ele seja também um co-participante. (Lindomar)*

As primeiras equipes do PSF em Campina Grande foram implantadas em comunidades carentes, utilizando-se como critérios de escolhas os baixos indicadores de saúde como mortalidade infantil, bolsões de miséria e a epidemia de cólera ocorrida no ano de 1993, (com alto índice de mortalidade geral numa das comunidades). Considerou-se, ainda, a presença da organização social e comunitária das Associações de Moradores, que, em Campina Grande, recebem o nome Sociedade de Amigos de Bairro (SAB) e a melhor estrutura organizacional concernente aos equipamentos e saúde. E ainda o fato de já haver Unidades de Saúde nestas comunidades à exceção do bairro do Mutirão. Conforme afirma Peret (2001), os critérios que definiram a escolha dos bairros/localidades para implantação das equipes de Saúde da Família foram: mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias; taxa de mortalidade infantil e o percentual de crianças com baixo peso ao nascer. Em Campina Grande, segundo Santos (2004, p.58.) “como critério de seleção dos bairros, para implantação do programa, levou-se em consideração diagnóstico de saúde municipal, tendo como características as condições socioeconômicas e sanitárias desfavoráveis, e carência de acesso aos serviços de saúde”.

Cordeiro (1996) afirmava que as estratégias para colocar em prática as transformações do modelo assistencial deveriam completar o ciclo de transição do Sistema Único de Saúde, considerar os fatores fossem determinantes na dinâmica do mercado de trabalho em saúde, principalmente no que se referia à formação, capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde, a oferta de postos de trabalho deveriam criar novas demandas de força trabalho em saúde, as formas de organização e remuneração deste tipo de trabalho capaz de

gerar estímulos para novos padrões de prestígio profissional compromisso social com os princípios de universalidade e equidade. Machado (1999) reiterava: “É preciso que se diga que a consecução da estratégia Saúde da Família na reordenação da atenção básica, como reorientadora do modelo de atenção à saúde dos brasileiros, coloca-se como um grande desafio nacional”.

Como era novidade fazer Saúde da Família em Campina Grande a gestão local estabeleceu algumas prioridades para direcionar o trabalho junto aos profissionais. A princípio foi realizada uma capacitação para os trabalhadores. Esse processo ocorreu no período de duas semanas quando foram discutidos aspectos referentes ao processo de trabalho, quais seriam os grupos prioritários a utilizar os serviços de saúde e suas especificidades. Esta capacitação contou com a colaboração de profissionais da rede municipal e alguns professores dos cursos de Enfermagem, Serviço Social e Medicina das Universidades com “*campi*” no município.

Durante o treinamento foram apresentados às equipes os formulários e fichas que seriam utilizados no processo de trabalho por meio das quais se colheriam as informações sobre famílias e usuários. Este material foi criado e confeccionado pela equipe coordenadora do PSF, contendo ficha utilizada para identificação e cadastro das famílias residentes no território. Esse material era disponibilizado de modo a garantir que o elenco de serviços das Unidades de Saúde da Família contemplasse a saúde da criança, da mulher, da gestante e do adulto em consonância com as ações programáticas do Ministério da Saúde.

Havia ainda instrumentos utilizados para registrar e implantar o movimento de referência e contra-referência dos usuários quando encaminhados. Na época não existia um Sistema de Informação em saúde para registro dos dados. Era uma grande fragilidade, pois segundo Guerreiro [*et al.*] (2000, p.45), “a informação em saúde é um instrumento utilizado para a análise da situação de saúde das populações, assim como também para a tomada e decisões e para a avaliação das ações desenvolvidas”.

Esta experiência trouxe a compreensão dos condicionantes e determinantes dos problemas de saúde “*in loco*” sobre como viviam as famílias e suas necessidades. Péret (2001, p.139) avalia este fato como positivo, pois a ausência de ACS’s para desenvolver o cadastro das famílias adstritas possibilitou às equipes uma maior aproximação com a população, permitindo, inicialmente, o estabelecimento de vínculos e o conhecimento da realidade com maior facilidade. Por outro lado implicou na falta de profissionais da unidade de saúde em uma comunidade ávida por atendimento. A lacuna de ACS na comunidade dificultou a apreensão do conhecimento das condições e problemas existentes na comunidade.

Ressaltamos que no primeiro ano de implantação ocorreu uma alta demanda de usuários que procuravam a UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família).

A falta de experiência dos profissionais para enfrentar uma nova forma de fazer saúde tornou-se uma das situações mais proeminentes naquele início de trabalho. No cadastramento das famílias, cada domicílio ficava registrado na memória dos profissionais, em um retrato mental de cada uma delas, como viviam, o que faziam, como se alimentavam, como se dividiam na ausência de cômodos...

Nas visitas, iniciava-se o estabelecimento de uma relação de confiança e do processo de cuidar na perspectiva de “humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997).

Em 1994, iniciou-se um aprendizado mútuo entre profissionais e comunidade. Era necessário que as partes envolvidas entendessem o novo processo de trabalho ali estabelecido. Passa a ser concernente a equipe atentar para o novo processo de auto-gestão e responsabilidade partilhada entre trabalhadores em substituição ao tradicional papel de gerente de UBSF. Assim, os profissionais eram responsáveis pela organização de todo o processo de trabalho, abarcando a administração das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), a burocracia típica dos serviços de saúde e as novas relações de trabalho que deveriam ser instituídas entre os componentes da equipe.

As palavras de Machado e Schraiber (1997) jogam luzes sobre o que era ser um profissional do Saúde da Família.

Ser profissional de saúde implica em ir ter além de um conhecimento próprio e complexo, uma disposição subjetiva especial para lidar com pessoas, quase sempre, em situação frágil e dependente de suas orientações, o que exige conhecimento específico, disciplina, responsabilização, atenção e acima de tudo grande capacidade de conviver com o stress, o sofrimento, a dor e a vontade de resolver problemas alheios. (MACHADO; SCHRAIBER, 1997, p. 294).

A grande maioria dos profissionais do Saúde da Família, especialmente os médicos, vinham de uma formação acadêmica voltada para especialidades e se deparavam com a situação de atuar em todas as clínicas básicas. Sendo assim, deveriam utilizar outros saberes pertinentes ao trabalho multidisciplinar, como a Epidemiologia, o Planejamento em Saúde, Sociologia, Políticas de Saúde, enfim, lançar mão de outros saberes para se adequar a este novo modo de produção em saúde. O Ministério da Saúde colocava sobre o profissional médico a seguinte afirmativa: “Ressalte-se que o profissional deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social” (BRASIL, 1997).

Os profissionais do PSF passaram a lidar com outros aspectos que não eram da clínica. Tratava-se das necessidades da comunidade em um contexto socioeconômico de pobreza extrema, de agressividade dos usuários e dos limites sociais a que a maioria destas populações estava exposta, e interferiam diretamente na organização do processo de trabalho das equipes.

Os desafios estavam postos para esses profissionais que acreditavam em novas práticas de saúde e a cada dia aprendiam a desenvolver novas habilidades com práticas mais integradoras, uma consciência crítica sobre os condicionantes sociais e se comprometiam na luta por melhores condições de vida e da construção da cidadania.

*Então com a implantação do Saúde da Família, eu tive a oportunidade de realmente trabalhar como médica na saúde pública, pondo em prática as teorias da saúde coletiva e todos os postulados do Sistema Único de Saúde. De trabalhar em equipe, em comunidade com a clientela adstrita. Fazer planejamento, avaliação... Foi um momento muito gratificante da minha vida, que me fez amadurecer muito como profissional e que trouxe um lado positivo que foi o conhecimento de pessoas que tinham os mesmos pensamentos, onde pudemos desenvolver trabalhos maravilhosos, acompanhar melhorias dos indicadores de uma comunidade, trabalhar com a intersetorialidade, isso foi muito gratificante. (Marlene)*

No campo do trabalho inter e multidisciplinar, a confirmação de uma equipe de saúde para este novo modelo evidencia a necessidade de habilidades pessoais e da formação acadêmica mais ampliada. Segundo Levcovitz e Garrido (1996), não se tratava de compreender a equipe como elemento modificador do sistema que se agrega a uma unidade preparada histórica, teórica e administrativamente para exercer outro tipo de cuidado à saúde. A importância estratégica do PSF estava no fato de ele conseguir substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface, isolada do sistema.

Oito meses após a implantação do Saúde da Família em Campina Grande, no ano de 1995, a Secretaria de Saúde convidou a médica cubana Suzana Pineda Peres, especialista em medicina familiar, para realizar uma assessoria às equipes. Como já havia participado das primeiras discussões para a implantação do PSF no município, naquele momento ela veio desenvolver e avaliar atividades junto às cinco equipes, durante três meses. Concluído este período, elaborou um relatório no qual constavam várias recomendações para o Saúde da Família local e toda a rede assistencial.

Segundo Guimarães (2006), um dos principais instrumentos sugeridos para avaliar os impactos produzidos pelo trabalho junto com a Coordenação do PSF local e as equipes pioneiras foi a opção de trabalhar com a planilha utilizada nas Salas de Situação criada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A Sala de Situação compunha o projeto da Rede Nacional de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Constituíam-se de um

instrumento informatizado que possibilitava as Secretarias exporem publicamente, sob a forma de painéis, os dados epidemiológicos do município. Esse material permitia a realização de estudos descritivos que mostravam como a saúde de um estado, município, microrregião e área de abrangência de uma unidade de saúde. Para isso eram utilizados dados e informações agregados sobre a população da área referente ao ano de interesse (BRASIL, 2009).

No ano de 1995, as equipes foram contempladas com duas grandes aquisições para o PSF: a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a entrada do Assistente Social na equipe de Saúde da Família. O PACS foi inserido na cidade apenas em 1995, ou seja, após um ano de implantação do PSF. Vale salientar que em outros municípios paraibanos já existia PACS desde 1991.

Já demonstrando sua capacidade se tornar vanguarda nos serviços, e considerando que a mudança de modelo passava também pelo incentivo do controle social previsto no SUS, o PSF passou a incorporar assistentes sociais às equipes. Para Guimarães (2006), Campina Grande se destacou no cenário nacional mais uma vez, pois a inserção dos assistentes sociais no PSF potencializou o controle social da população adstrita, além de promover a criação de grupos de geração de renda, grupos educativos para alimentação suplementar, a reativação dos Clubes de Mães, a formação do Grupo de Jovens, entre outras contribuições trazidas com a inserção desses profissionais.

A experiência do Saúde da Família transformava os trabalhadores que relatam o aprendizado do trabalho em equipe, num período de expressiva crença na capacidade da estratégia em reversão do modelo e no SUS.

*Eu acho que isso foi o ponto diferencial das equipes pioneiras em Campina Grande. No início quando não se conhecia nada sobre o Saúde da Família só se queria a melhora do SUS, trabalhar na saúde pública, pessoas que não estavam satisfeitas com o modelo assistencial da época, então foi uma reunião de trabalhadores, que ao formarem as equipes, se uniram de um modo que teve a diferença na implantação no Saúde da Família de Campina Grande, que ficou conhecido nacionalmente e até hoje tem esse reconhecimento e é mencionado quando se fala dos primórdios do Saúde da Família. Esse grupo continuou nas mesmas comunidades e isso proporcionou um fortalecimento, a participação social na luta, isso foi importantíssimo. (Marlene)*

*E aí esse período foi importante porque se começou uma experiência totalmente nova, onde a gente teve o privilégio de iniciá-la, de botar em andamento e, dentre as experiências do Saúde da Família em todo o Brasil, vê-la solidificada. Edificar esta proposta do mínimo ao maior detalhe, que é um processo de construção enorme. A gente teve oportunidade de viver esse processo com muitos erros e acertos, e assim tentando construir um modelo de saúde pública para Campina e para o Brasil. (Lindomar)*

*A primeira que foi a fase de implantação, na gestão de C. como secretária de saúde, no governo do prefeito F. A. do PSDB, E. G. como coordenador do PSF, e nós no comecinho, que foi uma fase, eu acho que extremamente rica, individualmente e coletivamente. Foi quando a gente construiu o processo de trabalho do PSF de Campina. Eu acho que foi o nosso período mais profícuo, mais rico mesmo; de maiores produções... Apesar da angústia de não saber como fazer,*



*de não ter muitos parâmetros, muitas orientações, ninguém sabia exatamente o que a gente precisava fazer, mas também foi um período político que deu muito espaço para a criatividade, para a construção coletiva. Acho que a gente construiu coisas interessantíssimas. (Sebastiana)*

Um dos pressupostos do PSF é que os profissionais nele inseridos sejam dotados de capacidades para o trabalho político e assistencial, característica essa na maioria das vezes não garantidas pela formação recebida na Universidade, que, apesar de esforços conjuntos do Ministério da Saúde por uma formação em saúde que associe ensino e serviço e nesse processo seja dado ênfase no social, a formação ainda continua individualizada, especializada e centrada no biológico.

A nova estratégia representava a busca de novos perfis profissionais, com competências que viessem “resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada, e não da adaptação a novos padrões de excelência” (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996, p.03).

O trabalho no Saúde da Família exigia do profissional em saúde inúmeras habilidades técnicas, psicosensoriais, cognitivas e políticas. No município em estudo, acrescentam-se ainda as atividades gerenciais da unidade de saúde, as quais em função da ausência de diretor, devem ser assumidas pelo conjunto dos trabalhadores, em processo colegiado de gestão do serviço, o que amplia consideravelmente a carga de trabalho, exigindo grande esforço para execução e negociação da divisão das tarefas (FARIAS, 2006, p. 51).

Tudo parecia novo para esses profissionais. Muitos eram seus desafios. No entanto, a perspectiva de fazer os princípios do SUS se tornarem realidade passou a ser utopia perseguida pelos integrantes das equipes pioneiras.

### **5.1.2 Os profissionais das primeiras equipes de PSF e suas expectativas**

Um dos aspectos fundamentais neste processo foi a composição dos profissionais que ingressaram no Saúde da Família deste município. O primeiro processo seletivo simplificado, ocorrido em 1994, foi realizado pela equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde além da representação de uma professora universitária da disciplina de saúde coletiva da UFPB. Os candidatos realizaram duas provas escritas com questões objetivas e outra com redação. No processo também foram realizadas análise de currículo e entrevista individual.

Farias (2006) afirma que os profissionais recrutados através de processo seletivo simplificado eram contratados mediante convênio com a Associação de Moradores da área onde trabalhavam. O fato era significativo quando observado pelo ângulo do clientelismo político tão comum no país.

*Refiro-me ao fato de pela primeira vez, a gente não precisou de nenhuma interferência política para entrar no Saúde da Família, e também em função do próprio processo de discussão que era muito intenso (Sebastiana).*

Apesar de tal situação representar um avanço em relação à situação quase universal de precarização dos trabalhadores do Saúde da Família no país, ainda se constituía em uma inadequação por não existir o vínculo contratual direto com o setor público, responsável pela prestação da atenção à saúde, deixava o trabalhador exposto a ingerências políticas das lideranças comunitárias contratantes.

Peret (2001) complementa que, esta contratação se dava com repasse de verba pela prefeitura, ou seja, as Associações funcionavam apenas para assinar a carteira de trabalho, mas não tinham nenhum contato com a verba repassada ao município. Esta situação segundo estudo da referida autora, trazia vários desconfortos dos profissionais com as Associações ou até, em certos casos, desmandos, a exemplo do presidente da entidade achar que deveria desempenhar o papel de chefe dos profissionais.

O grupo pioneiro era composto inicialmente por quinze atores (cinco médicos, cinco enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem). Formando ao todo cinco equipes de PSF compostas por 14 mulheres e um homem, esses profissionais tinham formação acadêmica com especialidade diversificada. Uma parte do grupo foi formada por profissionais egressos da Residência em Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB; militantes do movimento pela Reforma Sanitária e lutavam em defesa de um sistema de saúde mais justo e equânime. Havia algumas profissionais que faziam parte da rede municipal de saúde (uma médica e duas enfermeiras). Outras eram oriundas de Hospitais privados ou consultórios particulares (duas médicas e uma enfermeira). E ainda duas religiosas (Enfermeira e auxiliar de enfermagem) com formação nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Mesmo o grupo sendo diversificado, predominou o pensamento da saúde pública.

*Como o processo seletivo envolveu não só aspectos técnicos, mas também aspectos políticos e de comprometimento com o modelo, a gente percebe que as primeiras equipes sempre tiveram um comportamento crítico e reivindicatório, principalmente pela melhoria do SUS. (Marinalva)*

Fizeram parte do grupo pioneiro do PSF de Campina Grande uma enfermeira e duas médicas oriundas da Residência em Medicina Preventiva e Social (RMPS), Especialização em Saúde Pública descentralizada pela ENSP – FIOCRUZ realizada na UFPB. As Residências nesta área foram consideradas importantes espaços de experimentação de novas práticas em

saúde e contribuíram para a o fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária, pois representavam a formação de Recursos Humanos para atuar de acordo com as políticas de saúde que estavam sendo implementadas na época.

As Residências e Especializações questionaram e romperam com o modelo dominante de se fazer planejamento, propor a regionalização desses cursos para sanitaristas, com vistas a “atender uma demanda crescente de candidatos aos cursos e para preparar uma massa crítica de recursos humanos para atuar na execução de programas prioritários de Saúde Coletiva (SCOREL, 1998, p. 123).

As Residências em Medicina Preventiva tinham como objetivo qualificar o sanitarista com instrumentos técnicos e políticos para intervir nos problemas da população e ocupar espaços técnicos nas instituições. A base da formação eram a epidemiologia, ciências sociais e o planejamento em saúde. Os residentes deveriam atuar como técnicos nos municípios conveniados como campo de estágio, e desta forma ampliar a discussão e a contribuição com a política de saúde local.

A Residência de Medicina Preventiva e Social (RMPS) no Estado da Paraíba<sup>9</sup> qualificou profissionais de todas as áreas da saúde e contribuiu com a formação de recursos humanos que ao nosso ver eram verdadeiros militantes e defensores do SUS, hoje inseridos no mercado de trabalho em todo o Nordeste e no Brasil. Segundo Nascimento (1986), constituía-se originalmente em um grupo que configurava uma oposição às propostas para o setor, implementadas pelos governos militares. O "movimento sanitário" cresceu e ganhou consistência, ao mesmo tempo em que avançou na produção de conhecimento, na crítica ao modelo de política de saúde vigente e na denúncia da situação sanitária da população.

*Tivemos também o privilégio de reunirmos entre as equipes pioneiras três profissionais que eram egressas da RMPS, uma residência de formação de militantes, que tem sua origem nos berços da Reforma Sanitária. (...) E estávamos muito juntos com a gestão que estava com o mesmo objetivo da gente, o pioneirismo, o ineditismo de construir o Saúde da Família em Campina Grande, que sequer tinha postos de saúde.[...]Tudo foi feito através de organização de pessoas que idealizavam a Reforma Sanitária, e que defendiam o SUS (Lindomar)*

*Ser profissional do PSF no período de 1994 a 2004, significou a minha realização enquanto médica, militante da saúde pública, pois ao atuar no Saúde da Família eu tive a oportunidade, de pôr em prática todo o aprendizado teórico que tinha recebido durante a Residência de Medicina Preventiva e Social. Algo que no início dessa caminhada, na década de 1990, quando discutíamos em grupo, achávamos que seria quase impossível fazer saúde da família tendo em vista, as políticas de saúde vigentes na época. [...] A construção começou muito na empolgação do sonho de implantar em Campina Grande, o que a gente sonhava e o que estudava na Residência de Medicina Preventiva e Social (Marlene).*

---

<sup>9</sup>A RMPS da UFPB recebia financiamento do INAMPS para os profissionais não-médicos até a extinção deste. No processo de descentralização, esta função deveria ter sido assumida pelo estado da Paraíba, o que não aconteceu. Hoje a RMPS só qualifica profissionais médicos, com a bolsa do Ministério da Educação.

*Mas a gente tinha uma coisa muito importante: primeiro porque o Saúde da Família em Campina Grande, começou com uma história da militância eu acho que isso é uma coisa muito importante. Começou com E. que é um médico, professor de saúde coletiva da faculdade de medicina da UFCG. Petista, um visionário, uma pessoa que tinha ido à Cuba, e uma pessoa extremamente militante, que entendia o SUS, não só em termo de assistência mas o SUS em termo de construção de cidadania, então isso fez a grande diferença. (Lindomar)*

A história do Saúde da Família em Campina Grande vem sendo, segundo Farias (2000), “marcada pela forte adesão dos trabalhadores ao projeto”. As características da militância se sobrepuseram em todos os momentos no caminho que revela os traços da utopia, do desencanto e da esperança e vem permeando este projeto.

A princípio, além do rigoroso processo de seleção para trabalhadores no Saúde da Família, outro movimento importante foi a definição dos bairros a serem contemplados pioneiramente pelo programa. Esta atividade também visou desencadear ações de estímulo ao controle social através da participação dos moradores nos bairros escolhidos. Foi feito um estudo preliminar da realidade a ser trabalhada e no planejamento local participativo, em consonância com os princípios contidos no próprio documento ministerial de apresentação do programa (BRASIL, 1994) que preconizava a integração do trabalho das equipes com a comunidade. Esta ação exigiu a identificação prévia dos líderes comunitários dos bairros, legítimos interlocutores dos movimentos e reivindicações sociais locais (GUIMARÃES, 2006, p. 52).

*Tudo para gente também era novo, mas fazíamos de tudo!. A gente sempre estava em contato com a comunidade... estimulando a sua participação, respeitando suas opiniões, porque eles conheciam a realidade mais do que os profissionais. O mapeamento era feito também em conjunto com eles. Então eu acho que no saúde da família, os profissionais trabalhavam mais de perto, mais em conjunto com a comunidade, tentando com isso trabalhar dentro de suas reais necessidades. (Antônia)*

O PSF oferecia para os profissionais ali inseridos a possibilidade de desenvolver um novo modo de se relacionar com a comunidade, as lideranças e usuários. Eram colocados em prática a humanização, o vínculo, o acolhimento de modo a configurar a unidade da saúde como a porta de entrada do sistema, considerando toda a subjetividade dos usuários incluída num complexo conceito de saúde implícitos nos ideais da Reforma Sanitária.

A parceria com a comunidade iniciou-se desde o primeiro momento de contato. Foi programado um dia para apresentação das equipes em suas respectivas comunidades, nas quais foram realizadas missa em ação de graças e a participação das lideranças na primeira divisão de áreas para atuação das equipes.

Guimarães (2006) relata que foram feitas várias reuniões com os moradores dos bairros onde seriam implantados as ESF para discussão da proposta governamental, sensibilização e realização da delimitação geográfica da área de atuação de cada equipe e o número de equipes que ficaria sob sua responsabilidade. A comunidade sinalizou as áreas no bairro do Pedregal por cores que até hoje são conhecidas como áreas verde, azul e amarela. No bairro do Mutirão, os moradores cederam temporariamente a sede da Associação de Moradores para a instalação provisória da Unidade de Saúde da Família.

*Apreendi muito na construção do processo inicial. Fui me ligando às políticas públicas que até então eu não tinha nenhuma informação. Era totalmente alienada nesse assunto de política de saúde. Eu nunca tinha me interessado. Esse período que eu passei no PSF mudou minha vida como profissional e como pessoa. Foi um processo em construção da Saúde Pública de Campina Grande no qual se tentou, contando com pessoas competentes, com as quais eu aprendi muito nas discussões, dar um salto de qualidade nesse setor. (Dalva)*

A implantação do PSF em Campina Grande teve como referência as experiências de Cuba e da cidade de Niterói (RJ). Foi caracterizada por uma intensa adesão dos trabalhadores ao projeto que identificaram, na proposição do modelo, grande espaço de atuação técnica e política no sentido de avançar para a concretização dos princípios do SUS na vida dos usuários. Segundo Guimarães (2004, p. 30) estes profissionais traziam “o desejo firme de mudanças sociais em busca da cidadania das comunidades atendidas, sem negociar princípios, sem desconhecer a autoridade e hierarquia, mas sem submissão escusa a interesses pessoais e de grupos”:

*Significou uma experiência política, profissional e pessoal de um período. Uma etapa inovadora na saúde pública e da construção de um modelo de saúde, de construção do PSF em Campina Grande. Basicamente, nesses anos todos, foi esse o modelo de construção de uma proposta política que a gente pensou em conseguir implantar segundo os ideários da Reforma Sanitária no Brasil. E Então foi uma experiência riquíssima em termos de construção SUS, pois tivemos a oportunidade e o privilégio de construir o Saúde da Família, uma experiência onde ninguém tinha essa prática, de sermos pioneiras em Campina Grande. [...] de pôr em prática todo o ideal da nossa cabeça, a gente tinha o que era mais importante e mais fundamental que era a UTOPIA, o desejo, a vontade construir o SUS, Então isso foi o mais determinante.[...] edificar o SUS em Campina Grande e de perseguir e conquistar impactos importantes, que foram feitos com muita garra, porque não tínhamos uma assessoria técnica, não se trabalhava ainda com sistema de informação, com avaliação... Então foi tudo uma forma amadora. (Lindomar)*

Os profissionais das equipes pioneiras vislumbraram no PSF a possibilidade de pôr em prática os princípios do SUS em uma experiência inovadora no modo de se operar saúde, tendo como eixo norteador a Atenção Primária em Saúde. Assumiram múltiplas funções que foram além da assistência em saúde, estabelecendo um trabalho pautado em novas bases de

relação com a comunidade. Santos (2004) afirma sobre o processo rico e efetivo de construção coletiva e de mudança na atenção em saúde.

*Então se tentou com a implantação do PSF construir um modelo para mudar a assistência da população, que era usuária do SUS. Com as unidades que atendiam os bairros que tinha instalado o PSF, a população tinha uma assistência diferenciada, uma assistência mais próxima. A gente fazia parte da família, tinha uma vivência mais próxima mesmo com os usuários. Antes dessa implantação do PSF, a população vivia naquela eterna busca de uma assistência que não existia, de chegar a enfrentar filas de madrugada, de chegar na Unidade de Saúde para pegar uma ficha e mal o médico olhava para ela, passava a medicação e estava resolvido o problema! No PSF era diferente. A gente no PSF, tenta ver o indivíduo como um todo, ver a parte social, a parte psicológica, a parte da saúde, é uma assistência totalmente diferenciada. (Joana)*

O grupo pioneiro produziu uma alternativa de mudança na forma de se fazer saúde, tendo se destacado regional e nacionalmente. “É importante registrar que o PSF nasce de um acúmulo de experiências capilarizadas por todo o país, desde as origens do PACS” (SOUSA, 2002b, p.31), tendo como base as experiências bem sucedidas dos agentes de saúde, e em busca da “constituição de sujeitos sociais que iniciem processos e sejam capazes de construir a democracia no cotidiano, configurando uma nova distribuição do poder institucional, setorial e, em última análise, societário” (PAIM, 1996, p.64) contribuam com a reorientação do modelo assistencial e com o SUS.

### **5.1.3 Sobre os enfrentamentos e desafios das primeiras equipes de Saúde da Família**

Toda a implantação deste projeto foi vivenciada num contexto de relações dialéticas e conflituosas que se davam entre atores sociais, em especial entre os profissionais e os gestores face às decisões político-administrativas.

No início, reconhece-se que o apoio da gestão local foi significativo para a viabilidade do PSF, apesar de não contemplar algumas das reivindicações dos trabalhadores, falta de isonomia salarial entre trabalhadores de nível superior foi uma delas. Outro problema dizia respeito ao fato de que durante quatro anos o projeto do PSF ficou restrito aos três bairros do município anteriormente citados. Salários diferenciados e centralização das ações do Saúde da Família concorreram para que os trabalhadores do PSF fossem discriminados pelos demais profissionais do SUS em Campina Grande, que consideravam os profissionais do PSF “marajás”, numa clara alusão a quem tem um salário bem maior e não trabalha.

Antes da NOB 96, a forma de pagamento dos profissionais era realizada pelo número de procedimentos alcançados. As equipes deveriam atingir um número alto de consultas e procedimentos diariamente para que esta “produtividade” gerasse o pagamento na tabela do

SUS. Tal situação significava uma sobrecarga e representava uma grande pressão sobre os profissionais, que não podiam adoecer ou se ausentar do trabalho para nenhuma situação, inclusive treinamentos e capacitações.

Outro fato que chamou atenção foi o estabelecimento de salários diferenciados para nível superior. A diferença salarial era de 50% por categoria (médico x enfermeiro), embora a carga horária, o desafio, o comprometimento com o projeto enfim todo o perfil exigido de um profissional para o PSF fosse o mesmo. E mesmo os autores que defendiam o PSF como Levcovitz e Garrido, (BRASIL, 1996) ao afirmarem que não se tratava de médicos de família, mas de equipes de saúde família, a discrepância salarial foi mantida:

*Apesar da gente avaliar, que com C. e E. tínhamos quase sempre, uma relação boa, respeitosa, vivemos outros momentos de muito conflito. Eu lembro dos processos de capacitação, da receita de C.: do “prego batido, ponta virada”, que foi como ela fechou uma das primeiras discussões sobre a isonomia salarial entre médicos e enfermeiros, deixando muito claro que não haveria negociação quanto a isto ser modificado. Da negativa dela de liberar as enfermeiras para fazer a Capacitação em Saúde Materno Infantil que duraria quarenta e cinco dias, oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado para o PACS e o PSF. Naquela época uma coisa incompreensível, mas hoje eu já vejo com outros olhos. Isso foi antes da NOB/96, quando a remuneração da gente era feita por produção. Então um profissional fora da equipe durante quarenta e cinco dias iria dificultar a sustentabilidade financeira do projeto. (Sebastiana)*

Os profissionais foram contratados, durante os primeiros meses, na modalidade de prestação de serviços. Após este período sujeitaram-se ao regime da CLT tendo suas carteiras de trabalho assinadas pelas associações de moradores fato esse considerado pelo Coordenador como um grande feito, porém não deixava de ser uma forma de contrato precarizado. Acreditava-se, na época, que a carteira de trabalho asseguraria todos os direitos trabalhistas, diferentemente da contratação provisória inicial (GUIMARÃES, 2006).

A forma de financiamento do Programa Saúde da família foi um dos mais discutidos obstáculos ao seu bom desempenho. Baseado no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e mesmo contemplando o pagamento diferenciado de vários procedimentos a partir da criação de códigos específicos, segundo a Portaria 692, de 25 de março de 1994, do MS, o pagamento por produção privilegiava a produção em detrimento da qualidade das ações desenvolvidas, pois dificultava a participação das equipes em cursos, treinamentos e outros eventos importantes para o aperfeiçoamento e a atualização profissional (GUIMARÃES, 2006, p. 90).

Outro fato referenciado nos depoimentos diz respeito ao sentimento de independência desenvolvido pelos componentes das equipes. Provavelmente, um reflexo do fortalecimento que fizeram em defesa do projeto PSF. Esta característica contribuiu entre outras para as gestões seguintes à da implantação o grupo mantivesse o projeto mesmo sem apoio das referidas gestões.

*Lembro também do episódio da camiseta que eu acho esse fato ilustra muito bem a rejeição da gente à institucionalização do SF e que pode ter trazido consequências para o resto da história do Saúde da Família de Campina Grande. A auxiliar de enfermagem, não quis vestir a camisa com a logomarca da prefeitura. Ela inclusive pintou a logomarca, fez um desenhinho de uma pintinha para esconder a logomarca e disse que não tinha interesse em fazer propaganda para nenhum político. Acho que essa relação foi muito bem intermediada por E, mas eu lembro que existia uma certa tensão em alguns momentos. (Sebastiana)*

Em 1996, aconteceu em Campina Grande a II Conferência Municipal de Saúde, quando ocorre a consolidação política do PSF com a aprovação da proposta de fortalecimento e ampliação das equipes de saúde como estratégia de modelo de atenção no município (CAMPINA GRANDE, 1996). Entretanto, o município manteve durante quase quatro anos apenas três comunidades com o Programa Saúde da Família, perfazendo um total de cinco equipes, representando uma cobertura populacional de 5%. A expansão prevista desde a implantação não aconteceu, mesmo assim, os trabalhadores mantiveram o compromisso, difundiram os resultados positivos e um modelo de Saúde da Família que acreditavam e não se acomodaram diante dos eventos que se sucederam.

As equipes pioneiras foram tomadas pelo desejo utópico de concretizar os princípios do SUS, e, através da Estratégia Saúde da Família, se realizaram profissionalmente dentro de um projeto novo recheado de sonhos de que finalmente seria possível concretizar a Reforma Sanitária

## 5.2 O DESENVOLVIMENTO DO PSF EM CAMPINA GRANDE – 1996 A 2002

A continuidade do Saúde da Família em Campina Grande foi um processo caracterizado por entraves, militância e crença na estratégia. A segunda fase em 1998 foi marcada pela sua primeira expansão com sete novas equipes, totalizando naquele momento doze ESF. A seleção ocorreu como a pioneira, passaram os profissionais pelo curso introdutório que naquele momento o Pólo de Capacitação oferecia (CARVALHO, 2008, p. 125). A estratégia continuou se expandindo até 2002, configurando uma ampliação que chegou a um total de 52 equipes. No entanto, continuavam os conflitos, principalmente entre os profissionais e os gestores.

Embora o PSF, na última Conferência Municipal de Saúde, seguindo diretrizes do MS, tivesse passado de programa à estratégia de atenção, a perspectiva de ser um modelo assistencial ainda estava distante do que os profissionais de Campina Grande esperavam.

Numa operação para garantir a manutenção desta estratégia, o Ministério da Saúde criou subsídios para fortalecer o PSF, provavelmente numa compreensão de que este modelo



de atenção teria mais condições de impactar e dar resolutividade na atenção básica. A estratégia poderia se contrapor à medicina hospitalocêntrica e curativa, buscando, sobretudo, estabelecer um modelo que viesse garantir a criação de vínculos, acolhimento e responsabilização, uma tríade ratificadora de uma atenção mais humanizada (AZEVEDO, 2003). Conforme o entendimento de Sá (2003):

A estratégia Saúde da Família [...] [promove] a reorganização dos demais níveis do sistema, segundo suas complexidades e economias de escala, de acordo com o princípio da abordagem integral. A integralidade então deveria acontecer tanto no sistema como em cada nível, a fim de se promover a resolução dos problemas de saúde da população. (SÁ, 2003, p. 50).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) a Atenção Básica compreenderia “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”.

Os fatos característicos do período (1996-2008) apresentam um contexto desenhado a partir das eleições para prefeito e presidente do país que ocorreram em 1996. No Governo Federal, FHC se manteve, sendo eleito para o seu segundo mandato. Em Campina Grande, na época, o candidato do grupo político do governo C.C. L, do PSDB, foi eleito assumindo a prefeitura em 1997. Nessa gestão, o Programa Saúde da Família, antes ligado ao Gabinete da Secretaria de Saúde – o que lhe conferia ser uma prioridade da gestão anterior - passou a ser a ser um dos programas do Departamento de Ações em Saúde (DAS). Na prática, o PSF perdia em status e importância política. O coordenador com o qual as equipes mantinham uma boa relação deixou o cargo e em seu lugar foi posto um gerente que, segundo as colaboradoras, era muito pouco qualificado.

*E ai com a saída de E. tivemos problemas com coordenação do PSF, em termos de valorização do Saúde da Família, onde nós tivemos profissionais que foram coordenadores, mas sem o perfil, sem um acúmulo, sem a capacitação para conduzir tecnicamente o Saúde da Família. Isso mostrava a desqualificação e a desvalorização da gestão quando se colocava um coordenador que não era aquela pessoa que nós esperávamos em termo de militância. Para nós não bastava só o perfil técnico, tinha que ter o perfil político que sempre foi a nossa exigência. (Lindomar)*

Durante este governo, um cardiologista assumiu o cargo de Secretário da Saúde e convidou para coordenar o PSF alguns profissionais que ideologicamente não mostravam envolvimento com o Programa. Os profissionais pioneiros do PSF, por sua vez, reivindicaram a ocupação do cargo por alguém comprometido política e tecnicamente com o Programa. Assume, então, a médica que integrava o grupo de profissionais das equipes pioneiras.

Entretanto, ter uma coordenadora envolvida com a proposta do Saúde da Família não garantiu a priorização necessária ao desenvolvimento da estratégia.

A gestão se contrapunha ao Programa Saúde da Família e incentivava um projeto chamado de “Bairro Saudável”, experiência essa que foi implantada em apenas um bairro do município, criado em parceria com a Universidade Federal da Paraíba. Possivelmente este gestor não tinha conhecimento de que o PSF era uma estratégia defendida pelo Ministério da Saúde, pois estimulava outro projeto local e não a proposta nacionalmente aceita para o SUS avançar.

*A gestão do secretário S. médico do Hospital Universitário, no governo de C. C. L...[...] foi assim um período de limbo, de rejeição, de desvalorização do trabalho ... . [...] Eu acho que a gente teve enfrentamentos muito grandes, aqueles programas “Bairro Saudável”, que ele propôs como estratégia para a atenção básica no município e existia uma rejeição muito clara deste secretário ao trabalho de PSF... Era uma rejeição declarada. Na gestão de S. essa tensão se intensificou e a gente em algumas reuniões com este secretário chegávamos a entrar quase em confronto, porque ele hostilizava, existia uma rejeição muito forte, muito explícita ao saúde da família e logicamente que isso produziu na gente uma reação muito forte. (Sebastiana)*

A desvalorização e desconhecimento do Saúde da Família durante esta gestão foi tão intensa que uma das principais experiências implantadas foi abolida no início do governo. O Bairro do Mutirão implantara o Centro de Recuperação Nutricional, experiência premiada pela Fundação Getúlio Vargas, em 1998, pelos excelentes resultados obtidos com a recuperação de crianças em risco nutricional, o que contribuiu sobremaneira para redução da mortalidade infantil (ASPSF-CG, 1997). Desenvolvido pela equipe do PSF daquela comunidade, “o trabalho do Mutirão foi reconhecido como uma das dez melhores experiências nacionais de combate à pobreza e à exclusão” (FARIAS, 2005, p. 40).

Esta atividade reconhecida nacionalmente foi uma das iniciativas que o novo Secretário de Saúde junto com sua equipe extinguiu. Em suas justificativas sugeria que médico do Saúde da Família no Mutirão estava fazendo atividades não condizentes com as suas atribuições, fazendo inclusive afirmações pejorativas, como remonta o seguinte relato:

*Com relação aos enfrentamentos eu acho que uma das coisas mais fortes que nós fizemos foi no período em que a gente teve um Secretário de Saúde que apesar de estar à frente da Secretaria de Saúde, não acreditava no modelo Saúde da Família e achava que médico de saúde da família estava catando piolho na cabeça dos meninos, e isso era uma coisa bem séria. [...] De certa forma boicotava o PSF e não dava o estímulo necessário, ficava tratando como se fosse mais um “programinha” do governo, como se fosse um “postinho” de bairro. (Marinalva)*

Em 1997, na gestão deste secretário os trabalhadores do Saúde da Família realizaram o I Fórum de Debates sobre o PSF, realizado em 1997, no qual foram convidados o então secretário de saúde de Niterói-RJ e, presidente do Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (CONASSEMS), Gilson Cantarino; o Dr. Paulo Santana, coordenador do Saúde da Família de Camaragibe –PE; o ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande, professor Heleno Rotta; além da professora Paula Colares, da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Este seminário contou com a participação de profissionais do Saúde da Família do município, assim como de outras cidades e estados que estavam interessados em discutir a estratégia. Os convidados fizeram exposições sobre o PSF e sua viabilidade econômica, reafirmando-o como uma estratégia para mudança no modelo assistencial, sobre a experiência do Pólo de Capacitação para Equipes de Saúde da Família. (ASPSF-CG, 1998).

*Como os gestores não entendiam o nosso trabalho lutávamos para que fossem atendidas nossas necessidades... A gente tinha que lutar, tinha que trazer até pessoas de fora da cidade, para fazer seminários, discutir e apresentar o que era o PSF, tivemos que ir para rua, brigar mesmo. (Marilene)*

Uma das situações marcantes neste evento ocorreu quando o Secretário S. foi convidado a falar sobre o Programa Saúde da Família de Campina Grande. O secretário S. pediu para dividir sua explanação com a então coordenadora, integrante das equipes pioneiras. A fala do secretário foi direcionada exclusivamente para o Projeto “Bairro Saudável”, alternativo ao Saúde da Família, não demonstrando conhecimento sobre a proposta do PSF. Quando a coordenadora foi falar ficou emocionada, com voz embargada, chorou, demonstrando sua indignação e tristeza ao confirmar que aquele secretário não tinha, enquanto gestor, nenhum interesse no projeto que o grupo do Saúde da Família que ela junto com os outros profissionais defendiam desde 1994. A reação da coordenadora foi aplaudida pelos presentes e tornou-se simbólica para os destinos que o PSF tomaria no município.

*Eu lembro da vinda de Gilson Cantarino, do choro de B., na Sociedade Médica, da nossa luta mesmo, da briga com a secretaria pra garantir a manutenção do saúde da família que realmente nessa época corria risco de terminar. Ele [o secretário] tinha uma proposta, uma alternativa pra o saúde da família que não conseguiu emplacar. Acho que foi muito em função da luta da gente, que este secretário não acabou o Saúde da Família para implantar a proposta do “Bairro Saudável”. (Sebastiana)*

Pouco tempo depois, S. foi substituído no cargo de Secretário de Saúde por outro. A coordenação da Atenção Básica ficou sob a responsabilidade de uma enfermeira.

*Na verdade nós tínhamos que “vender” o Saúde da Família, não só pra Secretaria de Saúde, mas pra todo mundo: para própria Universidade... é que ninguém conhecia o Saúde da Família e por isso, a proposta era rejeitada. Acho que ninguém acreditava no PSF. Na época o PSF não tinha visibilidade nacional alguma, tinha ainda uma cobertura baixíssima. Então foi uma coisa*

*extremamente difícil. Era a gente que tinha que defender o Saúde da Família, dar visibilidade, divulgar os resultados e articular com quem a gente podia pra garantir a sobrevivência do projeto... Nós tínhamos um sentimento de independência muito grande, com relação a este Programa que eu acho que pode ter vindo do processo seletivo. (Sebastiana)*

Após a saída do Secretário S., a Secretaria de Saúde foi assumida por um anesthesiologista. Esta gestão foi marcada pela segunda expansão do Saúde da Família, iniciada no ano de 1998. O editorial do Boletim da ASPSF-CG noticiou o avanço:

Neste sentido começamos a avançar superando a estagnação destes anos. Hoje o município dá um passo importante com a ampliação do PSF em mais sete equipes e a perspectiva de se chegar a 21 até janeiro do próximo ano contando com a decisão política do atual secretário de saúde, P.C., na continuação deste processo, para futuramente atingirmos uma cobertura de 100% da população e o Saúde da Família se tornará o modelo assistencial de Campina Grande. (ASPSF-CG, 1998, p. 1).

Estes mecanismos favoreceram uma expansão significativa do PSF nacionalmente. Segundo dados do informe em saúde (BRASIL, 2006e), “em dezembro de 1998, em todo o Brasil, havia 116.393 famílias cadastradas no PSF e 213.107 no PACS, em agosto de 2005 estes números passaram, respectivamente, para 2.542.516 e 1.304.779”.

*Nesse período também entraram mais setes novas equipes, que foi um grande teste pra gente abrir o projeto pra outras pessoas, pois já havia uma unicidade ideológica que o grupo havia construído, e a entrada de novos atores nos deixavam meio desconfiados, se todos iriam aderir ao projeto como nós aderimos. Eu acho que a gente abriu “pero no muito”! E algumas pessoas que ingressaram no PSF dessa época se integraram muito no grupo, outras nem tanto, talvez não tenham se identificado tanto com os nossos projetos, a nossa ideologia, por vários motivos. (Sebastiana)*

Naquele momento, ocorreu a contratação de mais assistentes sociais nas equipes que estavam sendo implantadas o que, segundo Farias (2006), foi inserido, embora que em condições salariais e de carga horária diferenciadas dos demais profissionais. A presença do Assistente Social favoreceu ainda mais o fortalecimento do controle social nas equipes.

*Em 1998, que foi a segunda fase de implantação, já foi P. C. no governo de Cássio Cunha Lima. Nesta gestão a coordenadora do PSF que fez o processo de ampliação foi D. aí melhorou essa questão da rejeição. Na gestão de P. C. eu acho que ficou meio velado, meio camuflado, mas era uma gestão morna... A gente sabia que existia uma rejeição, não existia uma valorização do trabalho, mas não existia tanto confronto como na gestão de S. Eu acho que talvez seja pior do que na época do confronto, porque era aquela coisa velada, era como se nos deixasse em “banho maria”; como se ele pensasse assim: “deixe essas loucas aí fazendo qualquer coisa e a gente vai tentando administrar a cada dia”. (Sebastiana)*

A gestão municipal daquele momento não apoiava o programa com a mesma intensidade e decisão política necessária para conduzir um processo ainda tão incipiente. A capacidade de articulação política sempre foi mantida pelo grupo de Saúde da Família.

*O início sempre foi melhor que nos anos seguintes, mas a partir das mudanças de gestão, a prioridade já não era tanta para Saúde da Família. Com o aumento embora tímido das equipes de saúde, da baixa cobertura das equipes de saúde da família no município, com o passar do tempo foram surgindo outros problemas de infra-estrutura, de não haver o acesso ideal a especialidades, de falta de medicação... (Marlene)*

Sentindo esta falta de apoio e no caminho da defesa intransigente do SUS e do PSF, os trabalhadores assumiram a responsabilidade de divulgar os indicadores positivos obtidos nas comunidades. Com a mesma energia os profissionais se dedicavam ao cuidado das suas famílias, dedicaram-se a divulgar o avanço que representava o SF para a concretização dos princípios do SUS. Mais do que profissionais, o projeto dispunha de militantes em sua defesa (FARIAS, 2005, p. 50).

*A mídia divulgava a participação dos profissionais dessas equipes, a nossa participação, pois fazíamos um movimento tão forte que conseguíamos trazer pro nosso lado muitos aliados, tanto da área de saúde como de outros setores da sociedade e que nos fortaleceram muito mais levando ao ponto das discussões serem levadas para os Conselhos de Saúde e Câmara de Vereadores e nesses espaços era realmente mostrado que o Saúde da Família era o caminho para o fortalecimento da atenção básica e do SUS. (Marlene)*

Os trabalhadores do PSF convocavam a imprensa local para noticiar os resultados positivos do PSF. Passaram a participar de eventos estaduais e nacionais, ou promovidos pelas universidades no intuito de divulgar o impacto epidemiológico e aprender (e trocar) novas experiências. Era necessária a discussão sobre os encaminhamentos para transformar o programa em estratégia e sobre questões como a formação e contratação dos recursos humanos e no financiamento, além de avaliar se os princípios do SUS estavam sendo alcançados nesta estratégia.

Outra iniciativa dos trabalhadores foi disponibilizar as UBSFs para campo de estágio dos cursos de graduação das categorias que faziam parte da estratégia, reforçando a perspectiva da formação de profissionais. Segundo Silveira (2005): “as Unidades de Saúde da Família passaram a ser cenários de estágios universitários, as equipes passaram a participar de eventos científicos imbuídas do propósito de divulgar e defender os excelentes resultados atingidos no campo da epidemiologia e da mudança de paradigmas, mostrando também a busca por apoio técnico e político para a sustentabilidade da proposta”.

A experiência da Estratégia Saúde da Família neste município evidenciou a necessidade de uma coordenação que reunisse características técnicas, políticas, administrativas e conhecimento da estratégia para conduzi-la. Mais uma vez, os trabalhadores apostaram e defenderam o nome de uma profissional do programa e, como era consensual para a gestão, a médica pioneira A. F. assumiu esta função. Carvalho (2008) opina sobre a entrada desta coordenadora da seguinte maneira:

Outro marco desse período foi a entrada da Médica A. F. na coordenação do SF. Aclamada pelos profissionais a referida profissional conseguia direcionar sua atuação com os princípios da reforma em curso sendo sua gerência marcada pelo respeito e pela valorização profissional (CARVALHO, 2008, p.94).

Para essa profissional que assumiu a coordenação fala sobre o fato e na sua análise diz:

*Nessa gestão eu tive a experiência de ser coordenadora do PSF e nela se viu que melhorou um pouco a relação das equipes com a gestão, embora não tenha havido avanços com relação à institucionalização no que diz respeito a fazer a secretaria comprar o projeto Saúde da Família. A gente continuava sendo meio ONG. Vale ressaltar que nessa época o saúde da família era uma coisa muito marginal. Muito incipiente. Não existia nenhum apoio externo, era o tempo em que ocorria a implantação nacional do Programa, então a Secretaria de Saúde do Estado, estava começando a se apropriar da estratégia. (Sebastiana)*

Estes aspectos foram considerados positivos pelos trabalhadores, entretanto, vários conflitos emergiram desde a implantação. Os problemas foram surgindo gradativamente, num contexto de saúde que trabalhava com o modelo híbrido, cujas modalidades de intervenção estavam concentradas nas atividades do modelo hospitalocêntrico, no controle de agravos, e na atenção queixa-conduta, o que não enfatizava a integralidade da atenção; tampouco era consoante aos princípios do SUS.

Em Campina Grande, os resultados obtidos com a Estratégia Saúde da Família eram visíveis e satisfatórios, como o impacto epidemiológico nos principais indicadores de saúde traduzidos na diminuição da morbi-mortalidade infantil, cobertura dos principais indicadores materno-infantis e o êxito do PSF como a principal estratégia da AB para o SUS. Segundo o Boletim da ASPSF CG (nº 4, 1998), “a equipe do Programa Saúde da Família do Mutirão do Serrotão já conseguiu reduzir a mortalidade infantil na área de sua atuação em 88,24%, desde que começou”. Os feitos eram também divulgados pelas equipes através da imprensa local, a exemplo deste depoimento:

A redução da mortalidade infantil obtida pelo PSF que mais impressionou aconteceu no bairro do Mutirão, a cerca de 10 quilômetros do Centro de Campina Grande. Antes do Programa ser implantado, 136 crianças em cada mil nascidos

vivos morriam antes de completar um ano. Em 1997 a então coordenadora do PSF, B.R., médica do Mutirão, declarava que naquele ano a mortalidade passara para 61 por mil nascidos vivos, e destacava a importância do Centro de Recuperação Nutricional, com o objetivo de abrigar crianças desnutridas, como outro fator importante na redução da mortalidade infantil. (ASPSF-CG, 1997, p. 1).

Este indicador foi modificando-se a cada ano, passando no bairro do Mutirão de 125/1000 em 1994 a 26 por mil nascidos vivos em 1998, caracterizando os bons resultados alcançados pelas equipes (BRASIL, 1999). Esta mudança se repetia no Pedregal onde os indicadores positivos apontavam para a certeza de que esta estratégia era o caminho certo. Seu Carneiro, então presidente da Associação dos Moradores do Pedregal, em uma reunião do Conselho Local de Saúde no bairro, fez a seguinte declaração:

Há alguns anos atrás a Associação havia conseguido importante aquisição para o bairro: uma carreta mortuária. Era uma imagem corriqueira o transitar da carreta, ladeira acima e ladeira abaixo transportando os mortos, em sua maioria crianças, os chamados anjinhos. Porém, nos últimos anos, com a implantação do PSF no bairro, a carreta estava ficando enferrujada pelo desuso e, tomara, dizia ele, que ela se aposente de vez... (ABRASCO, 2000, p. 57).

Houve cobertura de pré-natal e incentivo ao aleitamento materno. Podemos ressaltar que a implantação do Saúde da Família e o funcionamento da atenção básica melhoraram estes padrões. Embora as condições socioeconômicas não tivessem sido modificadas, os principais indicadores epidemiológicos avançavam, evidenciando que a implantação deste serviço tornou-se efetivo para o recrudescimento de agravos à saúde:

*Então foi um momento muito rico, de aprendizado, de erros, de muita dedicação, de muito sonho, e de muita organização e de unidade. Formado por um grupo sobretudo de militantes, de pessoas que eram apaixonadas, porque a paixão movia de forma que a gente tava construindo uma proposta ideológica, construindo o SUS, tudo para gente era sempre novo e conseguimos de primeira mão dar impacto e isso fez o resultado ser muito bom! (Marlene)*

Nos anos seguintes, os bons indicadores epidemiológicos alcançados tenderam a se estabilizar, levando as equipes a estabelecer novos objetivos e metas que passassem pela discussão das práticas a serem operacionalizadas em consonância com o princípio da integralidade. Na época, queríamos ver o sistema funcionando com base na referência e contra-referência. Buscávamos inclusive, atuar com grupos populacionais ainda não prioritários para o Ministério da Saúde.

Alguns agravos chamavam a atenção da equipe pela presença constante nas Unidades de Saúde, com excessivo número de usuários que faziam uso de psicofármacos. Esta situação aumentava os riscos de vulnerabilidade social, a alta taxa de desemprego, alcoolismo, tráfico

de drogas e violência urbana e doméstica. Sem haver referência adequada para atenção em Saúde Mental, foram implantados grupos de auto-ajuda em saúde mental nas comunidades (BRASIL, 2008).

Superados os principais indicadores de saúde, como a alta taxa de morbi-mortalidade, a cobertura assistencial dos principais grupos de saúde, os excelentes resultados alcançados na Atenção Básica possibilitou o empenho das equipes para atingir o conceito de saúde discutido desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A defesa dos princípios do SUS, os bons indicadores, a articulação política da categoria foram mantidos. As expectativas na intersetorialidade, no avanço dos condicionantes sociais passaram a ser mais concretamente um dos objetivos das equipes nos anos seguintes.

*Só que chega um momento, que os indicadores já não mudam, eles se estabilizam, eles estacionam, justamente porque faltam ações intersetoriais que é o que faz com que haja maiores mudanças com relação à qualidade de vida da população. Chegou a um ponto em que as nossas ações não podiam ficar restritas à saúde em si. Relacionada a essa área. O que a gente podia fazer enquanto profissional, enquanto equipe, nós fizemos. Só que a gente precisava de mais coisas, e isso aí não conseguimos até porque o município não se preparou para o Saúde da Família. (Marlene)*

Com o passar dos anos, os profissionais exigiam mais do que a mudança de indicadores de saúde. Esses pareciam ser insuficientes diante dos fatores socioeconômicos não modificados. Necessidades como saneamento básico, moradias adequadas, boa alimentação, lazer, trabalho e diminuição da violência doméstica e urbana não continuavam e ultrapassavam os limites da capacidade técnica e de articulação política que podiam ser encaminhadas pelas Equipes de Saúde da Família:

*[...] tínhamos conseguido impactos epidemiológicos de indicadores mais negativos, mas não conseguíamos passar disso. Um dos nossos desafios era promover as ações intersetoriais, mas a questão da intersetorialidade estava atravancada. E a nossa necessidade, ia além da redução da mortalidade infantil, da melhoria da cobertura vacinal, de aumentar a cobertura de pré-natal, de melhorar o acesso à saúde da mulher e da criança, evitar as doenças imunopreveníveis, as IRAS, e diarreias, pois isso para gente o que fazíamos no saúde da família já não era o essencial. Como defensores do SUS, buscávamos outros objetivos. Queríamos que existisse de fato o princípio da universalidade, da equidade, ou seja, atuar de modo consoante aos princípios do SUS em função dos quais sempre trabalhamos... (Lindomar)*

A ausência de condições de trabalho adequadas vinha sendo um fator de desgaste. As condições físicas das UBSFs eram precárias: em sua maioria adaptadas em domicílios alugados, ou mesmo os Postos de Saúde com ventilação e iluminação inadequadas, contrariavam normas de ergonomia para o trabalhador, não atendiam a proposta de trabalhar com grupos operativos. Faltavam cômodos para os trabalhadores ocuparem, obrigando-os a



organizar o cronograma de atendimento de forma que, quando os consultórios estivessem ocupados, outros profissionais estariam na visita domiciliar, em desacordo com a lógica de demanda e acolhimento.

*[...] a gente não tinha condições de trabalho. Porque a população que a gente trabalhava era miserável, o nível de escolaridade era baixo, o pessoal necessitava de tudo. As famílias eram numerosas, o índice de desemprego era elevado, a infraestrutura do bairro era extremamente precária, com aquele canal, com aquelas enchentes, com todos os problemas. Então, eram populações que necessitavam do mínimo e a gente não tinha nem o que oferecer. Até medicamentos não havia disponível para atender às necessidades dos usuários. Para fazer um tratamento medicamentoso, fosse de uma verminose, ou de uma doença mais complexa. Era complicado garantir o tratamento. Querer resolver a questão da infraestrutura, tanto da unidade de saúde, quanto das moradias dos usuários que ofereciam risco de vida. (Marilene)*

Faltavam, constantemente, medicamentos da Farmácia Básica, gerando o agravamento do estresse vivenciado por profissionais que se viam paralisados diante de doenças sem ter como remediar e de usuários expressando a sua dor patológica e o descontentamento com o serviço. Faltava, também material de limpeza para a unidade. Para Santana (2005) “a falta de condições de trabalho, de insumos, a infraestrutura inadequada são pontos nevrálgicos do processo de trabalho gerando muitas angústias nos profissionais”:

*Que em termos de qualidade, de impacto, de mudança, de qualidade de vida da população a gente não conseguia ter muito avanço, a gente como militante da saúde pública pensava que a saúde da família fosse a estratégia de construção do SUS, não só como uma cesta básica, mas com acesso universal, justiça social... defendíamos que você no sistema possa ter acesso do mais básico ao mais complexo serviço de saúde. Que possa trabalhar com a questão fundamentalmente de intersetorialidade, avançar em termos das políticas públicas de saúde e o mais importante que era a qualidade de vida. (Lindomar)*

Um dos fatores constantes de transtornos demandavam da hierarquização da rede de assistência com referência e contra-referência. A necessidade de encaminhar os usuários para outros níveis de complexidade, dos quais muitas vezes não obtiveram resposta e/ou atendimento adequado, tornou-se motivo de reclamação dos usuários e equipes nas avaliações trimestrais e anuais em negociações com a gestão. Negligências de profissionais da referência quando recebiam usuários com doenças crônicas encaminhadas para a alta complexidade, exames laboratoriais, especialidades médicas e serviços de diagnóstico por imagem demoravam meses para serem realizados, não havendo resolutividade dos problemas.

Outro problema que hoje se coloca como fundamental é a relação de interação direta do PSF com as demais unidades públicas de saúde. Sem mecanismos de referência e contra-referência funcionando devidamente, o sistema não se reorganiza. Vai continuar predominando a visão da prática individualizada, sobrepondo-se a um trabalho de equipe, isto é, de uma política pública na qual a responsabilidade de ‘conseguir um exame, uma vaga para internação’ passa pela velha e conhecida tática

do conhecimento pessoal, pela empatia ou outras prendas. E caso os profissionais não consigam o resultado tão perfeitamente calculado pelo nível central, via projeção, a responsabilidade tende a se concentrar na equipe que é ‘cobrada’ pela população atendida, pela sociedade, pela mídia e claro, pelo próprio governo. Reproduz-se, assim, a individualização da resposta satisfatória, transferindo para o profissional de saúde esta responsabilidade, que despolitizado, ‘assume a culpa’ e tenta ‘enlouquecido’ ser ‘competente’ (TEIXEIRA, 1982, p. 242).

O Saúde da Família aumentou a demanda dos usuários, porém, os níveis secundários e terciários não foram preparados para atuar em conjunto com um programa que se transformava em estratégia politicamente reconhecida como necessária à mudança do modelo de atenção.

*Desconhecia como seriam os desdobramentos da estratégia e o que ela realmente significava para a mudança na saúde. Então nem conseguiu estruturar a atenção básica como um todo, porque a cobertura pelas equipes ainda era muito pouca. O nível secundário não foi preparado para atender a demanda que seguia das USF. Acreditava que o Saúde da Família implantado a morbidade iria mudar, iria diminuir e o nível de saúde melhoraria. Mas no início do trabalho das equipes, a população era desassistida, e aí há um aumento da demanda, então a gente vai diagnosticando, vai detectando, vai buscando resolver os problemas. Nesse momento passou a existir uma demanda maior para consultas dos especialistas, cirurgias, medicações, exames. (Marlene)*

Outros problemas foram identificados, como a dificuldade de se configurar um trabalho em equipe, uma vez que a formação dos profissionais encontrava-se centrado na doença, no médico e no hospital. O trabalho em saúde se estabelece na produção de serviços envolvendo de forma intensa os sujeitos expostos à influência de fatores objetivos e subjetivos.

*Na medida em que exercitávamos na prática o que é o SF, nós fomos construindo, fomos crescendo. Errávamos e amadurecíamos. Íamos apurando esse modelo que em sua trajetória ia trazendo também maiores necessidades e essas geravam maiores angústias, maiores inquietações; mais conflitos, mais reivindicação, mais organização da categoria, mais estratégia de organizar os usuários. (Lindomar)*

No arcabouço destas questões, enfatizamos uma especificidade do PSF, que são os trabalhadores. A relação criada neste modelo estimula a formação de vínculos e a criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, fazendo com que a família seja objeto precípuo de atenção.

Contudo, a política de formação de recursos humanos e das práticas de incorporação tecnológica não atendia - e ainda não atendem - de forma satisfatória a questão da humanização no atendimento. Dentre os obstáculos para implantação e efetivação dos serviços propostos pelo PSF junto às famílias, encontra-se a ausência de profissionais com

adequada qualificação técnica para ações e gerência na atenção básica e para o enfrentamento dos novos desafios impostos pelas mudanças no modelo assistencial.

No cenário dos desafios propostos consideramos algumas especificidades do trabalho em saúde, o qual pode representar pela afirmação de OFFE (1991 apud DELUIZ, 2001).

Um trabalho reflexivo, no qual as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provêm de diversas instancias, tais como a formação geral (com ênfase no conhecimento científico), a formação profissional (com ênfase no conhecimento técnico) e as experiências de trabalho e social (qualificações tácitas), e que são mediados pela dimensão ético-política. Caracteriza-se pelas incertezas e pela necessidade de prontidão no atendimento a todos os casos, inclusive os excepcionais. Por isso, o trabalho em saúde não pode seguir uma lógica rígida da produção material, sendo difícil a sua normatização técnica e a avaliação de sua produtividade. (OFFE, 1991 apud DELUIZ, 2001, p. 8).

Sousa (2002) aponta caminhos ao levantar reflexões sobre os recursos humanos envolvidos neste processo e diz que:

[...] é necessário reconhecer no PSF oportunidade e desafios. Esta como forma de prosperidade à vista. Significando a renovação de uma agenda de trabalho que possa, mais uma vez, re-unir e atrair pessoas, em torno de um interesse comum: acelerar a travessia da formação em rede do capital humano ideal para o SUS/PSF. (SOUSA, 2002, p. 457)

Os problemas apontam para as modificações a serem implementadas no processo de trabalho: o uso de tecnologias que incorporem o sentido destas “novas práticas” e as ações intersetoriais que promovam um novo estilo de atenção, gerando uma real qualidade de vida. A ausência de formação nesta área pressionou a iniciativas do Ministério da Saúde à criação de Pólos de Capacitação de Profissionais para o Saúde da Família.

A Política de RH para atender ao SUS ainda deixa a desejar em aspectos que envolvem desde a formação acadêmica até critérios como capacitação para o serviço, o PCCS (Plano de Cargos, Carreira e Salários), a estabilidade na forma de contratação e os estímulos ao crescimento profissional, entre outros.

Dois fatores preponderantes ocorreram: a defasagem salarial e a desvalorização do trabalhador do PSF. Esta perda foi vivenciada de modo pertinente em Campina Grande. Os problemas mais básicos continuaram sem resolutividade, aumentando o sentimento de impotência. Os profissionais, sentindo-se desvalorizados no aspecto salarial, ampliar suas jornadas de trabalho e passaram a trabalhar em plantões noturnos e nos finais de semana para repor as perdas financeiras.

Muitos problemas sociais, como moradias impróprias que colocavam em risco a vida dos moradores, exposição de esgoto a céu aberto, desemprego, bolsões de miséria e a fome representando um limite a qualquer terapêutica e o agravamento constante dessa situação. É importante lembrar que a população é assistida é predominantemente de baixa renda, aumentando em alguns momentos, o sentimento de desestímulo dos profissionais que lidam com o risco iminente da doença e da morte e, sobretudo, com a miséria humana, ausência de princípios de dignidade e cidadania, usurpados, numa sociedade cuja marca principal é a exploração capitalista e as injustiças sociais (SANTANA, 2005).

Associado a esta conjuntura, o número excessivo de famílias, a alta demanda e a sobrecarga de trabalho são fatores concorrentes para a precipitação de problemas que mais cedo ou mais tarde contribuirão para o sentimento de limite percebido pelos profissionais.

A sobrecarga de trabalho com número excessivo de famílias em áreas extremamente pobres; alta demanda populacional nas Unidades de Saúde, evidenciam a angústia, o sentimento de solidão, desespero, descaso, entre outros, demonstrado pelos profissionais. E que o apoio institucional, reflete que o modelo Saúde da Família ainda funciona no município sem um planejamento intersetorial, o que implica em unidades de saúde inadequadas para as práticas implícitas neste novo modelo. Sendo as ações ofertadas de modo verticalizado, configurando um distanciamento das esferas de governo, refletido na ausência de um modo de se pensar a saúde diferente, de forma resolutiva e humanizada. (SANTANA, 2005, p. 46).

Segundo Barreto (1997; p.45), “o resultante deste conjunto complexo de fenômenos é o aumento da carga mórbida da população e demandas crescentes sobre o já esgotado sistema de assistência à saúde”.

O acúmulo de atribuições das equipes fazia o processo de trabalho ser extenuante: os trabalhadores desempenhavam o papel de prestadores de assistência, articuladores político, gerente, instrutor e orientador dos ACS, configurando uma sobrecarga de trabalho.

A falta de insumos ou medicamentos, bem como a dificuldade de encaminhamentos a outros níveis de referência, levavam os profissionais à exposição constante de agressões verbais ou ameaças de agressões físicas dos usuários em razão da baixa resolutividade, que os responsabilizava, na maioria das vezes. A proximidade entre profissionais e população levava a uma cobrança maior por parte dos usuários e aumentava o sentimento de impotência dos trabalhadores.

O perfil de trabalhador para esta nova prática, exigia segundo, Feuerwerker e Lima (2002, p. 1), a presença de indivíduos que “tivessem capacidade de diagnóstico, solução de problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e de enfrentar situações em constante mudança”,

A participação ativa dos usuários nas decisões do aparelho estatal era uma das formas mais eficazes de estabelecer medidas que garantissem o controle social, como previsto nos princípios do SUS:

Partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade. A participação deve ser o eixo das políticas sociais e não pode ser vista como dádiva dos administradores ou governantes temporários, mas observada pela noção da ética da responsabilidade (FORTES; MARTINS, 2000, p.32).

A participação social, entretanto, evidenciava fragilidades. A ausência de mobilização social vinha atingindo todos os setores do país, embora tenha havido um incremento da mobilização social nas comunidades em função da formação dos Conselhos Locais de Saúde. Podemos afirmar que a construção do controle social não é tarefa simples, mas consideramos que esta participação aconteceu efetivamente, tornando-se, na maioria das vezes, um grande aliado nas aspirações das equipes pela busca de um conceito de Saúde mais próximo do discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde . Segundo Vasconcelos (2005):

O controle social traduz-se num instrumento para enfrentar o sucateamento das políticas sociais, como indica Bravo (2002), mas não se constitui em algo pronto e acabado. É entendido como um processo em construção, implicando a necessidade de capacitação dos atores envolvidos para manusear os instrumentos disponíveis para exercê-lo. Nesse contexto, os Conselhos Comunitários de Saúde, que são experiências novas, requisitam da população e dos profissionais de saúde um aprendizado político para que se possa, através de práticas democráticas e participativas, consolidar o controle social como instrumento fundamental no processo de conquista da cidadania ativa e, portanto, da democracia (VASCONCELOS, 2005, p.7).

O agravamento dos problemas foi gradativo e fortalecido com a não priorização da Atenção Básica (AB). Os interesses políticos atrelados ao modo de produção capitalista/neoliberal favoreceram a rede hospitalar privada do município, em detrimento da AB, reafirmando a conformação do modelo híbrido:

As demandas provocadas pela Saúde da Família solicitam, em curto prazo, grandes transformações na atuação profissional em relação aos conteúdos das tarefas, às normas e padrões estabelecidos, à atribuição de competências, à integração das atividades que compõem o conjunto das ações e às relações hierárquicas e interpessoais. Portanto, representam enorme desafio para uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS), contando quando ampliada com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dentária. Desafio que envolve, simultaneamente, os significados e valores constitutivos das práticas da organização, das categorias profissionais e da população, além das condições organizacionais de efetuação do trabalho (FELICIANO, 2007).

A impossibilidade de se desenvolver ações intersetoriais, a falta de entendimento do gestor sobre o Saúde da Família, a quebra do princípio da integralidade e a ausência de

referência e contra referência permeavam os conflitos entre gestão e trabalhadores. Uma das características do grupo, porém, era a capacidade de mobilização e luta no enfrentamento das adversidades. A expressão política do SF de Campina Grande sempre foi preponderante:

*Então a gente enfrentou muitos problemas inclusive até descrença ou de má vontade por parte da gestão com o Saúde da Família. Alguns gestores não reconheceram o Saúde da Família como a estratégia principal para organizar a atenção básica e também os outros níveis de saúde. Então foram embates muitos grandes que tivemos, reuniões longas, cansativas e penosas com secretários, prefeitos. Essas reuniões eram feitas não só para o melhoramento do Saúde da Família, mas também para discutir questões diretas dos profissionais com relação aos salários, aos direitos dos trabalhadores do PSF. Foram muitos problemas, muitos obstáculos que a gente enfrentou, mas as equipes pioneiras sempre tiveram unidas e fortes na defesa do Saúde da Família e do SUS. (Marlene)*

Destacamos como estratégia de enfrentamento a formação de Conselhos Locais de Saúde, a criação da Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande (APSF). Silveira et al. (2005) afirmam que os Conselhos Locais de Saúde se constituíam como instrumentos favoráveis às discussões entre profissionais e população sobre os problemas da comunidade e suas respectivas soluções.

*Então foi um período de muita luta política, de criação, de propostas. A gente tentava implantar o Conselho Local de Saúde, trabalhar a organização da comunidade, a mobilização das pessoas, articular para que elas entendessem que o PSF era um programa que realmente vinha para beneficiá-las. (Rita).*

*[...] foram lutas e mais lutas, reuniões com o Conselho de Saúde Municipal, formação do Conselho de Saúde Local para tentar fazer com que a população fosse à luta, e garantir no princípio de integralidade e da intersetorialidade a melhoria para os usuário (Marilene).*

*Os Conselhos Locais de Saúde foram implantados pelas equipes de saúde da família... Esses conselhos, em conjunto com as equipes, conseguiram conquistas como a ampliação de unidades, a regularização de medicação, a solicitação de exames, a implantação da central de marcação de consultas e a própria inserção do assistente social no programa de saúde da família. (Antonia)*

Em 1998, foi criada a Associação de Profissionais de Saúde da Família (APSF), que segundo Farias (2005), mais do que assumir a defesa dos direitos dos trabalhadores, defendia a expansão da estratégia com qualidade. A APSF foi fundada pelas trabalhadoras das equipes pioneiras antes da entrada de novas equipes. Tinha a perspectiva de fortalecer a categoria nos enfrentamentos que surgiriam, reunindo os profissionais numa entidade oficial que os representasse junto aos Conselhos Locais e ao Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores e autoridades em geral. A defesa do Saúde da Família e do SUS se daria com uma representação civil oficial:

*Tinha iniciado a Associação de Profissionais do Saúde da Família de Campina Grande que considero uma estratégia muito importante para a organização da luta dos profissionais e dos seus direitos e da consolidação do Saúde da Família. (Marlene)*

*Depois disso foi o período da criação da Associação. Na verdade a gente começou a se mobilizar para resistir mesmo, de forma organizada a partir da articulação que foi feita com a nossa entidade, que representava um peso maior. (Sebastiana)*

*A Associação dos Profissionais do Saúde da Família também contribuiu para essas mudanças, para essas aberturas... e devido a pressão que os profissionais faziam, que trabalhavam sempre em conjunto com a comunidade, a gente foi construindo um movimento em favor do saúde da família em Campina Grande e fomos em conjunto provocando essas mudanças que eram importantes para o dia-dia da saúde no município... (Antonia)*

Em 1999, o Programa Saúde da Família recebeu do Ministério da Saúde na I Mostra Nacional de Saúde da Família o Prêmio Saúde Brasil, sendo considerado um dos dez municípios com melhor PSF. Fruto do trabalho desenvolvido pelas equipes, esta premiação foi aclamada pelos trabalhadores que estavam presentes no evento.

*Porque na verdade, nesse período, a gente já tinha acumulado uma experiência muito grande. Ou seja, tínhamos trilhado um longo caminho no percurso de 1995 a 2002. Onde tínhamos avançado em termos de organização no processo de trabalho, em construção de indicadores, em proposta política enquanto categoria de profissionais de saúde da família, na nossa relação com a população. (Lindomar)*

O município ousou implantar um modelo assistencial ainda desconhecido apostando na utopia do SUS, embora não dispusesse de tecnologias apropriadas para a resolução dos problemas enfrentados. A formação profissional era deficitária, havia problemas na hierarquização da rede de saúde que garantisse referência e contra referência. No entanto, a intersetorialidade, e o empenho dos trabalhadores foram moldando um Saúde da Família neste município que se destacava dos demais:

*[...] a gente sofria o problema da baixa cobertura, mas o processo do trabalho era extremamente qualificado, rico, foi a época que o PSF de Campina, trabalhava a articulação das ações de assistência, prevenção e promoção da saúde, que é uma coisa que hoje se encontra extremamente frágil, talvez nem exista em algumas equipes. Se trabalhava com a participação da população. Existia um espaço sistemático de discussão do processo de trabalho, das equipes com a população e dos problemas de saúde através dos Conselhos Locais de Saúde. (Sebastiana)*

Entretanto, podemos considerar que a gestão não correspondia ao esforço das equipes:

*Não existia nenhum tipo empolgação como o saúde da família nessa época. E nesse período todo até a gestão do Secretário Sanitarista significa dizer que não existia nenhum espaço de discussão do processo de trabalho, de avaliação e monitoramento, de planejamento do SF. (Sebastiana)*

Embora o comprometimento das equipes tenha sido nítido, consideramos que não houve priorização para a estratégia na tomada de decisões para acompanhar o avanço do SF em todo o país. Isto se refletiu em um lento processo de expansão das equipes, caracterizado

pela baixa cobertura populacional do município. Paralelamente havia cobrança dos trabalhadores da Atenção Básica que, mesmo comprometidos, se deparavam com dificuldades que exigiam a intervenção da gestão. As equipes vivenciavam o sofrimento diário das pessoas que estavam na área adscrita. As situações que não eram resolvidas na Unidade de saúde a falta de insumos, de medicamentos, de vagas em hospitais, de serviços de urgência e emergência que atendessem com eficácia as demandas das equipes. A desumanização no acompanhamento dos usuários quando chegavam aos hospitais e maternidades municipais.

Aumentava o descontentamento dos usuários com o serviço e a pressão sobre os profissionais da Estratégia Saúde da Família que passaram a ser alvo de constantes agressões verbais e ameaças de agressões físicas, uma vez que eram vistos pela comunidade como responsáveis pela baixa resolutividade. Os trabalhadores começavam a sentir os efeitos desta pressão, e alguns já iniciavam um processo de adoecimento.

O reconhecimento da crise desse modelo dá-se associado à necessidade urgente de se implantar uma atenção primária em saúde que possa, nos dizeres de Mendes (2002, p.23), “concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde e colocar-se como alternativa ao modelo convencional vigente”.

Em 26 de janeiro de 2001, foi implantada a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS- 2001), um instrumento que ampliava as responsabilidades do município na Atenção Básica, definia o processo de regionalização da assistência, criava mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualizava os critérios de habilitação para os estados e municípios.

O principal objetivo da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 era o de promover uma “maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Para tanto, ela tenta operacionalizar o processo de regionalização da saúde, municinando as secretarias estaduais e municipais para fortalecer a sua capacidade de planejamento e organização, bem como aumentar a capacidade gestora em suas funções de contratação, regulação, controle, auditoria, avaliação de serviços, monitoramento e avaliação dos resultados do sistema de saúde.

A NOAS 2001 veio para reforçar o processo de descentralização do SUS e concluir o alcance de 100% de habilitação municipal nas modalidades descentralizadas de gestão do sistema. As modalidades de gestão municipal passaram a ser, segundo essa norma, a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

A NOAS/2001 apontava para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, à medida que propunha redefinir os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante



à direção única: os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social. (BRASIL, 2001).

A relação precarizada de trabalho, os salários defasados e a ausência de vínculo empregatício tornaram-se fatores de desestímulo na percepção de uma melhor relação. Sobre esta relação precarizada de trabalho Feuerwerker e Lima (2002) afirmam que estas formas de organização da produção, estão apoiadas em uma maior flexibilidade do mercado de trabalho, ampliando também a oferta de trabalho informal e precário.

Esta crise tem um fundamento histórico longínquo, e se reflete, hoje, em vários aspectos que, precisam ser aprofundados especialmente com relação à garantia de trabalho e qualidade dos profissionais. Infelizmente, esta insegurança permeia a área de saúde, dentro de uma proposta cujo caráter humanitário é tão presente.

Campina Grande, durante este período há alguns anos havia implantado o Saúde da Família. Uma expansão de equipes lenta e uma gestão sem um posicionamento claro, não criavam embates com os hospitais e com a rede de saúde em favor da estratégia. O acirramento desta crise levava a um processo de adoecimento; desestímulo e exaustão dos profissionais ao se depararem com as limitações de um sistema perverso que não alterava os determinantes socioeconômicos envolvidos no processo saúde-doença.

O sentimento de exaustão e sobrecarga foi identificado em várias fontes pesquisadas, levando a avaliação da necessidade de instrumentalizar os profissionais para o enfrentamento destes desafios e de repensar o que se exigia versus o oferecido. Cembranelli (2002) relata que “é comum ouvir os profissionais de saúde dizerem que não são a ‘palmatória do mundo’. Sentem-se esmagados pela disparidade entre a formação técnica vaticinada e a realidade sombria que a miséria os obriga a enfrentar”.

Os trabalhadores permaneciam militando em defesa do SUS e da utopia de um sistema de saúde mais igualitário. Conforme Barreto (1997):

Era necessário continuar caminhando em busca da intersectorialidade, do município saudável, e de decisões governamentais que pudessem transformar aquela realidade, dando uma melhor qualidade de vida para a população e contribuindo para o desembrutecimento dos profissionais (BARRETO, 1997, p. 47).

O trabalho em saúde determinava um impacto significativo sobre a qualidade de vida e saúde do trabalhador, e, neste aspecto, os profissionais mostravam sinais de exaustão. As contradições no processo de organização do trabalho determinava um esgotamento dos trabalhadores prescindindo a reflexão da necessidade de ações direcionadas para resolver as discrepâncias e desigualdades, e exigia ações coordenadas em várias esferas de governo. Era também preciso reativar a esperança, e dar novos rumos a esta caminhada.

### 5.3 A GESTÃO PETISTA NA SAÚDE E VIABILIZAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE ATENÇÃO: DESEJOS, AVANÇOS E LIMITES

Em 15 de novembro de 2002, após ser derrotado em três campanhas presidenciais o ex-operário Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito presidente da República.

A ascensão do governo Lula-PT, foi vista, nesse quadro histórico-político, com esperanças por todos os setores populares, mas também com beneplácito pelos representantes do governo e do *establishment* dos EUA. O novo governo da principal nação latino-americana se estruturou claramente como um governo de frente popular, com um programa de reformulação do capitalismo financeira no seu interior e com importantes representantes da burguesia (COGGIOLA, 2005, p. 49).

A ascensão do Partido dos Trabalhadores (PT) ao poder criou expectativas positivas para a esquerda do país, que acreditou em novos rumos na busca pela diminuição das desigualdades sociais no Brasil.

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de ajuste. Não se esperava transformações profundas, face aos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social (BRAVO; MENEZES, 2008; p. 18).

Bravo e Menezes (2008) avaliam que a política de saúde foi apresentada no programa de governo como direito fundamental, explicitando-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. Mesmo assim, a concepção de Seguridade Social não foi assumida na perspectiva da Constituição Federal de 1988. Os autores acentuam para a expectativa de que o governo Lula fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde. O Ministério da Saúde, no início do governo, sinalizou que um dos desafios seria a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária, o percebido, entretanto, foi

a manutenção da disputa entre os dois projetos: Reforma Sanitária e Privatista. Em alguns aspectos o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo.

Em Campina Grande, no final da década de 1990, foi formada uma aliança partidária entre o Partido dos Trabalhadores e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), na qual o Prefeito C. C. L. (PMDB) compôs uma chapa eleitoral com C. B., vereadora do PT deste município. Após ter vencido as eleições para prefeito pela terceira no ano de 2000, no ano seguinte C.C. L. saiu do PMDB e filiou-se ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). No ano de 2002, renunciou do cargo de prefeito para se candidatar a governador da Paraíba pelo PSDB, sendo eleito no segundo turno, tomou posse como governador da Paraíba em 2003. Assumiu, então, a prefeitura, no ano de 2002, a vice-prefeita C. B., do Partido dos Trabalhadores.

No que concerne à vice-prefeita, Borba (2009) realizou um recorte temporal que expôs a trajetória política de C.B. em Campina Grande, utilizando-se de dados que contribuiriam para essa análise. Um deles fazia referência à personagem política construída por C. B., a partir da década de 1980. Foi ela uma das fundadoras do Partido dos Trabalhadores em Campina Grande. C.B. teve como eixo para visibilidade de ações na esfera pública, o trabalho sindical voltado para a categoria do serviço público municipal. Foi a partir do trabalho sindical que ela alcançou o cargo de parlamentar, como vereadora.

A ação e o discurso que a conduziram à Câmara de Vereadores na década de 1990 formaram no imaginário de seus eleitores a imagem da mulher combativa, com trabalho de oposição contínuo, dentro e fora da Câmara Municipal. Essa podia-se dizer, era a marca de C. B., a sindicalista e política no início da carreira.

Schawartzenberg (1977, p. 12) afirma que “a imagem serve, portanto, de rótulo. Indica as características reais ou supostas às performances deste ou daquele ‘produto’ ou ‘marca’ políticos”. Destarte, para Borba, (2009) uma vez estabelecido o rótulo, o personagem político acaba se transformando em refém da criatura que construiu. Schawartzenberg (1977, p. 13) reitera que “[...] o importante é se manter fiel à imagem que se criou para si mesmo. Resultado: muitos dirigentes são prisioneiros de sua própria imagem. Não podem mudar. São forçados a permanecer no papel que atribuíram a si mesmos”.

Borba (2009) afirmou que a imagem da combativa C.B. se desencontrou da figura política circunstancial no momento em que a então vereadora petista (eleita por jornalistas políticos locais como vereadora do ano, apontada como uma das mais atuantes no parlamento municipal, defensora de lutas em prol das minorias, dos direitos humanos e dos servidores públicos) resolve, em nome do que chamou de coalizão de forças, formar no ano 2000, uma

aliança com quem representava até então a figura do principal adversário de idéias, ações e projetos políticos, o então ocupante do poder executivo no município de Campina Grande, o tucano C.C. L.

A mulher combativa deu lugar a uma figura apática que não conseguia casar o discurso que estava habituada a proferir com o papel que ora lhe cabia, o de personagem ocupante do cargo de vice-prefeita sem maiores atribuições e representatividades, num mero segundo plano. Um cargo que exerceu durante dois anos consecutivos (2001-2002) a partir de uma decisão que não foi consensual dentro do Partido dos Trabalhadores de Campina Grande (BORBA, 2009, p. 3)

Após ter assumido a Prefeitura de Campina Grande em 2002, a vice-prefeita C.B., do Partido dos Trabalhadores (PT) foi recebida pelos trabalhadores com uma nota publicada no boletim da Associação dos Profissionais do Saúde da Família que relata a ascensão do PT à prefeitura do segundo maior município paraibano da seguinte maneira: “O início do governo petista na Prefeitura de Campina Grande trouxe também uma expectativa de que finalmente a Secretaria de Saúde daria a prioridade que o SF demandava há tantos anos” (ASPSF-CG, 2004).

A prefeita C.B. convidou um sanitarista para ocupar a pasta da Secretaria Municipal de Saúde, acentuando as expectativas dos profissionais do Saúde da Família face à estratégia de tornar-se modelo de atenção em saúde no município. O referido secretário, para esses trabalhadores, possuía características que promoveria mais avanços nessa estratégia: professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sanitarista, fisioterapeuta e militante da Reforma Sanitária, sendo muito bem recebido pelos trabalhadores, especialmente por aqueles que militavam no Saúde da Família:

*...vem o Secretário Sanitarista - secretário de saúde do governo da prefeita Cozete Barbosa do PT, em Campina Grande - que eu considero o período mais bacana do PSF. [...] pela primeira vez a gente conseguiu que um secretário bancasse o projeto Saúde da Família. [...] A chegada do Secretário Sanitarista aumentou extremamente as expectativas dos profissionais. E aí criou-se o momento propício para se encaminhar de uma forma mais forte as reivindicações da categoria. (Sebastiana)*

Embora aclamado pelas equipes do PSF, este secretário recebeu críticas dos meios de comunicação e dos partidos de oposição, por não ser médico nem natural de Campina Grande.

*A entrada desse gestor trouxe um marco histórico muito importante para a saúde em Campina Grande. Primeiro porque não era um médico. Depois ele não dava continuidade à histórica tradição da cidade de sempre ter os gestores e os secretários de saúde totalmente envolvidos com os interesses do sistema privado. O secretário sanitarista rompia com tudo isso como um técnico, um militante da saúde pública, um professor da universidade e que também era oriundo da*

*Residência de Medicina Preventiva e Social, logicamente fazia parte de um conjunto de militantes que tinham como objetivo contribuir com a institucionalização da Reforma Sanitária. (Lindomar)*

A capacidade técnica, entendimento do projeto político e o compromisso com a defesa do SUS e da Estratégia Saúde da Família daquele gestor eram significativas para os avanços que poderiam ser alcançados no contexto da saúde do município. Algumas lideranças do Saúde da Família tinham ligações com este gestor em virtude na Residência em Medicina Preventiva e Social da UFPB e, dessa forma, se identificaram com os mesmos propósitos em relação ao SUS.

A chegada do novo gestor na Secretaria de Saúde do município de Campina Grande significava a retomada dos trabalhadores em acreditar no desenvolvimento do SUS e, dessa maneira, sentiram-se motivados para redimensionar as forças entre governo, profissionais e controle social na garantia e manutenção da Estratégia Saúde da Família.

*[...] é que na verdade falar no secretário sanitário é falar da expectativa de que alguém compreendesse o que a gente tava fazendo no saúde da família, porque tínhamos passado por gestões de secretários de saúde que não entendiam a proposta do PSF o que fez com que a gente se sentisse um pouco desbravadores ali dentro da secretaria.. Então a vinda do secretário sanitário foi algo que todo mundo apostou, que ele enquanto conhecedor e defensor do SUS, iria compreender e contribuir com o nosso trabalho, de forma que desse para gente a satisfação de saber que tinha alguém na Secretaria de Saúde que realmente ia defender nossos interesses e que iria contribuir com o crescimento do nosso trabalho. A gente esperava daquele secretário a contribuição e compreensão que outros não tinham dado. (Marilene)*

Os profissionais reascenderam a chama da esperança e colocaram na nova gestão o desejo pela materialidade do modelo de atenção que haviam sonhado. Além da saúde organizada segundo os princípios do SUS, também, signatários do conceito ampliado de saúde, entendiam que “avançar no campo da saúde pública exige dos profissionais mais do que competência técnica e conhecimento. É necessária uma intervenção política mais eficaz [...], um comprometimento social ao lado da população” (COELHO, FONSECA, 2003, p.7).

*Nós queríamos e achávamos que iria haver um espaço democrático de discussão, onde haveria avanços, onde a proposta do SF poderia ser discutida de forma mais política; aprofundar politicamente a crise vivenciada pelo Saúde da Família que a gente tinha o maior afã de discutir. [...] tivemos a esperança de que fosse possível superar a crise e o cansaço que já existiam e que naquele momento foi transformado em expectativas e perspectivas, de que o PSF conseguisse superar os seus problemas históricos. Então foi criado da nossa parte essa esperança, essa expectativa, principalmente em torno dele. (Lindomar)*

Identificamos nos depoimentos das colaboradoras os avanços substanciais que ocorreram na gestão do governo petista e do secretário sanitário. Podemos afirmar que a chegada deste secretário foi expressiva na história do PSF de Campina Grande, quando

ocorreram iniciativas importantes que reativaram ainda mais os aspectos positivos desta gestão.

*Nesse período existia um “feedback”, a gente sabia o que estava acontecendo na Secretaria, existia uma comunicação maior entre a gestão da saúde com os profissionais e com os usuários. Os profissionais que tinham passado pela ponta, não eram teóricos, pura e simplesmente, eram pessoas que tinham a teoria e a prática e que nesse momento tinham um conhecimento maior tanto dos profissionais como dos usuários o que foi um avanço. Escutavam as queixas dos usuários, existia um respeito maior, tanto com relação aos usuários como também em relação aos profissionais, e apesar da gente criticar, de discordar de uma série de coisas, sentia que pelo menos era escutado. (Marinalva)*

Borba (2009) afirma que no início do segundo ano do governo de C.B., com a sobrevivência da aliança entre o PT e o PSDB, a mídia local apresentava o governo petista como sendo positivo para a cidade, destacando inclusive o aval do governador, satisfeito com a administração no seu reduto eleitoral. Havia também uma ênfase nos frutos da parceria entre o governo municipal e estadual para a cidade de Campina Grande. Estava em jogo o acesso da gestora municipal ao governo estadual, o que poderia ser traduzido como benefícios para a cidade.

Os jornais locais continuaram afirmando a aprovação de quase 80% da gestora petista. Dizia a manchete do Jornal da Paraíba de 1º de janeiro de 2004: “Com 78% de aprovação, C.B. anuncia combate à violência – Prefeita revela opção pelos investimentos na área de inclusão digital para lançar desafio aos jovens”.

Borba (2009) reitera que a imagem é a melhor possível para quem tem projetos de no mesmo ano se candidatar à reeleição. Enquanto construtora de sentido, a mídia estava construindo a idéia de que o governo de C. B. era um governo favorável à cidade. Mesmo o poder de construir sentido, contudo, não garante à mídia o poder de manipulação do imaginário da população, mais ainda se esse sentido não é repetido exaustivamente ao ponto de ser confundido com a verdade.

Sobre esta fase, Farias (2004) vem reafirmar que o período desta gestão foi o de maior valorização do Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde. A despeito de inúmeros problemas enfrentados, os trabalhadores vivenciaram o momento mais democrático de relação com a gestão na história do Saúde da Família em Campina Grande.

Um dos anseios dos trabalhadores dizia respeito ao redimensionamento do número de famílias que as equipes de Saúde da Família acompanhavam em suas áreas adscritas: a quantidade de famílias que extrapolava a capacidade instalada e comprometia a resolutividade dos problemas. O que comumente acontecia era para atingir a equidade, um dos princípios do

SUS, priorizava-se a implantação de Equipes de Saúde da Família em populações mais desfavorecidas nos aspectos socioeconômicos, favelas e bolsões de pobreza, áreas que apresentavam um crescimento populacional rápido e desorganizado, e não contavam com sistemas de urbanização e saneamento ou até a falta de acesso a políticas públicas que alterassem tal situação. O processo de migração do campo para cidade era cada vez maior, levando à ocorrência de um intumescimento da população nas áreas adscritas o que obrigava as equipes a trabalharem com sobrecarga de população, pessoas com risco social, alto número de consultas, e, conseqüentemente, de problemas.

Na época, o Ministério da Saúde recomendava que “cada ESF acompanhasse entre 600 e 1.000 famílias, de modo a não ultrapassar o limite máximo de 4.500 pessoas” (BRASIL, 2001c). Sugeria ainda que a proporção fosse definida pelo risco que a região representava para a saúde da comunidade. Onde o risco fosse maior, recomendava-se que a população atendida fosse menor, para que a ESF pudesse se dedicar adequadamente ao seu trabalho” (BRASIL, 2001c).

As Equipes de Saúde da Família de Campina Grande reclamavam a diminuição do número de famílias com as quais trabalhavam, visando a readequação da capacidade de seres resolutivos nas demandas da população sob sua responsabilidade, de oferecer mais qualidade no atendimento, inclusive aos grupos ainda não considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, mas que precisavam de cuidados. Outro fator precipitante para a sobrecarga de famílias se dava pela ocorrência de optarem pelo maior número de famílias proposto pelo Ministério numa possível estratégia de contenção de gastos com recursos humanos. O que foi acordado na gestão petista se diferenciava destes aspectos.

Em 2002, foi decidido, pela gestão municipal, trabalhar com o número mínimo de famílias, para que fossem garantidas as condições necessárias ao desenvolvimento das ações de assistência, prevenção e promoção da saúde, com qualidade. Algumas equipes responsáveis por um grande número de famílias tiveram esse número reduzido, e foi programada a redução progressiva, à medida que fossem implantadas novas equipes (FARIAS, 2005, p. 51).

O governo petista e o gestor sanitário realizaram processo seletivo para o ingresso de profissionais no Saúde da Família, para que novas equipes fossem formadas. O projeto tinha como objetivo realizar a cobertura de 70% de ESF no município, além de toda a zona rural que não dispunha de Agentes Comunitários de Saúde nem de Equipes de Saúde da Família. Foi reduzido o número de famílias por equipe, especialmente nas áreas onde existiam “bolsões de pobreza”;

*É coisa que na gestão do Secretário Sanitarista, vale a pena ressaltar que bom que eu me lembrei, o processo de implantação a última etapa de implantação desta gestão, que foi 100% da zona rural do município. (Sebastiana)*

Na gestão do sanitarista, também foi realizado processo seletivo para ACS. Os agentes comunitários de saúde apresentavam situação de extrema precarização, sendo considerados bolsistas durante quase nove anos e não dispor de nenhum direito trabalhista. Deste modo, em Campina Grande foi iniciado um processo de desprecarização da forma de contrato dos Agentes Comunitários de Saúde. Em julho de 2004, foram contratados pela prefeitura por um período de dois anos, com a promessa de que passariam a ter garantidos os direitos previstos na CLT (FARIAS, 2005, p. 51).

Além da expansão do número de equipes favorecendo um trabalho melhor, por parte das equipes, houve a compreensão de que a demanda da coordenação do PSF era muito alta e não tinha condição de acompanhar com qualidade as equipes iniciantes somadas às existentes. Foi criada então, uma nova estratégia para resolução desta situação:

*Houve expansão do Saúde da Família, embora tímida, mas gerava a necessidade de ampliar a Coordenação, ou seja, formar a Rede de Apoio ao Saúde da Família, visto que da forma como estava estruturada [a Coordenação] não apresentava condição de acompanhar todas as equipes, ele acatou esta idéia, que já era algo discutido entre o grupo do Saúde da Família. Era necessário melhorar o trabalho da Coordenação do PSF. Então essa montagem do grupo de apoio nos mostrou um bom começo da gestão do Secretário Sanitarista, nos mostrou o interesse de realmente melhorar a situação de saúde no campo organizacional. (Marlene)*

A estratégia utilizada para acompanhar as equipes junto à coordenação foi a criação da Rede de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família. Para compor a Rede e exercer o papel de gerentes de equipes do Saúde da Família por Distrito Sanitário foram convidados seis profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família. Este trabalho foi iniciado a partir do processo seletivo que ocorreu em 2003 para inclusão de novas equipes e categorias no Programa de Saúde da Família.

*Ai foi quando demos a grande cartada, que foi a construção da Rede de Apoio ao Saúde da Família. A Rede seria mais um local de nossa atuação e seria dentro dela que pensaram em estruturar o PSF. Com isso fechávamos o tripé como se dizia na época: o controle social, os trabalhadores e técnicos, ganhavam espaços muito importantes. O secretário sanitarista abriu espaços importantes [...]. Os profissionais pioneiros formados junto com a gente na construção do PSF, eles passaram a compor a Rede na Secretaria de Saúde. A Rede não deixava de ser um espaço técnico, uma estratégia importante na Secretaria de Saúde para qualificar, para melhorar o serviço dentro da própria Secretaria, de modo a tentar dar mais respostas no aspecto técnico [...]. Então, na verdade, a gente ocupava os espaços estrategicamente tentando fazer avançar o Saúde da Família. (Lindomar)*

*Acho que do ponto de vista técnico, não foi só do ponto de vista do discurso, acho que foi a gestão mais rica que a gente teve, considerando principalmente a instituição da Rede de Apoio, a ampliação do Saúde da Família. Pela primeira vez tive na Coordenação gente com quem eu podia discutir e planejar de uma forma mais ampliada, mais madura mesmo. Acho que do ponto de vista concreto as equipes passaram a ter muito mais apoio. Havia trinta e cinco (35) equipes quando ele*



*entrou na época, e eu na Coordenação sozinha não tinha pernas para fazer tudo, para atender as demandas das equipes. Acho que do ponto de vista de monitoramento e avaliação nós avançamos a gente avançou, porque tínhamos uma prática interessante e sistemática. Então acho que do ponto de vista técnico, de qualificação do processo de trabalho foi o período mais rico sem dúvidas. (Sebastiana)*

O município estava dividido em seis Distritos Sanitários, propiciando aos profissionais que passaram a integrar a Rede assumir a gestão das Equipes de Saúde da Família de um determinado distrito sanitário. Cabia a esses gestores locais a realização de treinamentos, avaliação, discussão em equipe e mapeamento das novas áreas a ser instaladas novas UBFS. Ou seja, dariam o apoio técnico necessário ao acompanhamento *in loco* para garantir um bom andamento do trabalho e fazer uma interlocução entre profissionais, usuários e gestão.

As profissionais que compuseram a Rede de Apoio possuíam perfil político e capacidade técnica para exercer “atribuições específicas, entre elas assessorar e qualificar as equipes além de articular politicamente as ações do Programa dentro da Secretaria Municipal de Saúde” (RAMOS et al., 2004, p. 70). A Rede de Apoio foi uma estratégia inovadora para realizar um papel de aproximação, supervisão, avaliação, implantação, treinamento e gerência num molde horizontal e democrático junto às Equipes de Saúde da Família.

Outra atribuição da Rede de Apoio seria adentrar o espaço institucional e quebrar barreiras com os setores mais burocratizados, que impediam o funcionamento otimizado de equipes como a Farmácia Central, o almoxarifado e o setor de transportes. A perspectiva seria de proporcionar um processo de discussão mais horizontalizado, contando com a participação dos técnicos e dos representantes das gerências dos programas da Secretaria de Saúde, de modo que a Estratégia Saúde da Família fosse a porta de entrada do sistema. Era imprescindível, portanto, a unânime percepção entre os setores e a prioridade da política de governo.

Outro avanço significativo foi a oficialização, através do processo seletivo simplificado, da inclusão do assistente social na equipe mínima do Saúde da Família, fruto de reivindicação desta categoria junto à Associação dos Profissionais do Saúde da Família que foi e devidamente aprovada nos relatórios das últimas Conferências Municipais de Saúde. O Ministério da Saúde, entretanto, ainda não incluiu esta categoria na equipe mínima do Saúde da Família.

A decisão pela inserção do assistente social no Saúde da Família, foi resultado de um longo processo de luta dos profissionais e refletiu a valorização das ações de promoção da saúde e da construção da cidadania que esses profissionais foram acumulando desde a implantação do PSF em Campina Grande.

Merece destaque que, neste ano, como consequência das reivindicações da APSF e da categoria de Serviço Social, acontece, por opção política, a inserção dos assistentes sociais na equipe básica, sendo tanto este profissional quanto os de saúde bucal foram distribuídos cada um para duas equipes. Tal fato é considerado uma conquista histórica já que, assumindo novamente a vanguarda da SF em nível nacional, Campina Grande se destaca pela decisão política, mesmo sem incentivo financeiro do MS, de apostar na contribuição desse profissional para contribuir para as práticas que avançassem no sentido da integralidade da atenção, da promoção da saúde e do controle social (CARNEIRO, 2008, p. 70).

A introdução do assistente social foi fruto de muitas lutas e aprovação nas três últimas Conferências de Saúde, representando um avanço...

*No governo petista, no meu ponto de vista, as primeiras equipes de Saúde da Família tinham liberdade de trabalhar com a gestão. Foi no governo petista que houve ampliação do número de equipes de Saúde da Família... Entraram novos profissionais na equipe, como o dentista, a assistente social... Eu acho que no governo petista, no meu ponto de vista, tinha-se liberdade, tinha-se abertura... você trabalhava dentro da realidade da sua Unidade. Na gestão no governo petista, mesmo apesar dos entraves, houve avanços... (Antonia)*

Em 2003, foram incluídas as ações de saúde bucal nas ESF, com a implantação de dez equipes modalidade II (Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Odontológico), na proporção de uma equipe de Saúde Bucal para duas de Saúde da Família (FARIAS, 2005). A inserção das equipes de saúde bucal estava em consonância com as diretrizes da NOAS-SUS 01/02 (NOAS 2001), uma vez que os municípios passaram a receber um incentivo financeiro para implantar a equipe de saúde bucal.

Em 2004, foi implantado em Campina Grande um plano de descentralização das ações de reabilitação para a atenção básica, vinculando um fisioterapeuta a um conjunto de cinco ou seis equipes, tendo por objetivo ampliar o acesso da população às ações da área.

A NOAS-SUS 01/2002 ampliava as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelecia o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criava mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedia à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios aprofundando a descentralização com equidade no acesso à saúde (BRASIL, 2002). Pela fala da colaboradora a seguir, se pode observar que a gestão do sanitarista agia segundo as diretrizes da NOAS-SUS 01/02 (NOAS 2001).

*A gestão da saúde no governo petista foi caracterizada como uma gestão democrática, que fez a gente avançar em vários aspectos. Conseguiu consolidar o assistente social para cada duas equipes, começamos a fazer saúde como acreditávamos que tinha de ser, com o envolvimento de uma equipe multiprofissional. A gente conseguiu implantar odontólogos em algumas equipes, não em todos, infelizmente; havia uma disponibilidade de diálogo, um estímulo à produção, uma humanização maior. (Marinalva)*

Ganhos substanciais foram percebidos no espaço coletivo de discussão, com a organização de Conferências Municipais por Distrito Sanitário e Distritos Rurais. Foram realizadas nove micro conferências que propiciaram uma maior participação popular (CAMPINA GRANDE, 2004), feitas em consonância com a política do governo federal para a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Na época a presidência do Conselho Municipal de Saúde foi assumida por G.M. - economista - e não pelo secretário de saúde como usualmente acontece. Essa decisão aponta para processos decisórios mais democráticos.

*É que ele, o secretário, correspondeu em parte, porque até politicamente em Campina Grande a gente vê esse momento como muito importante, pois houve mudanças no Conselho Municipal de Saúde na forma de se pensar mais a participação popular, da escuta melhor dos trabalhadores. (Lindomar)*

*Na época do secretário sanitarista se trabalhava com a participação da população. Existia um espaço sistemático de discussão do processo de trabalho, das equipes com a população e dos problemas de saúde através dos Conselhos Locais de Saúde. (Sebastiana)*

Na gestão sanitarista, a implantação de ações de caráter intersetorial passaram a ser valorizadas, pois os condicionantes sociais dentro de um conceito de saúde mais amplo contido nos princípios do SUS não tinham sofrido mudanças nos quase dez anos do PSF.

*Eu lembro que várias das atividades que as equipes do Saúde da Família, promoviam nas comunidades, com eventos culturais, feiras de saúde, mutirões para acabar com a dengue, com o lixo e que a gente nunca conseguia a presença dos técnicos da Secretaria, ou do próprio Secretário e o Secretário Sanitarista sempre que podia, participava dos eventos às vezes mais simples das comunidades. Ele ia lá, falar nas comunidades e isso tinha um impacto muito grande na auto-estima dos profissionais. Era extremamente estimulante que tudo que se pensava em fazer, ele apoiava concretamente na maioria das vezes. (Sebastiana)*

A qualificação para o trabalho em Saúde da Família foi um aspecto muito forte nesta gestão. Na época, o governo federal criou os Pólos de Educação Permanente para profissionais de Saúde frente às necessidades do SUS (BRASIL, 2004). Em consonância com a política criada o governo petista investiu na capacitação dos Recursos Humanos, trazendo para o município o primeiro curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela UFPB e UEPB.

*Apesar de o secretário ter um discurso e abrir um espaço muito importante para a participação dos profissionais em eventos, para curso de qualificação de profissionais, a exemplo de que tivemos a primeira Especialização em Saúde da Família e que reconhecemos ter sido um passo importantíssimo, uma vitória muito grande. Foi um momento em que a gente tinha muito mais tranquilidade em relação ao gestor que compreendia a proposta e a defendia, mas na verdade não estava se traduzindo na prática. (Lindomar)*

O modelo de treinamento para trabalhadores em saúde persistia na formação de modo fragmentado e segmentado (capacitações, revisões/atualizações etc.) e tinha como referência a clínica flexneriana. Mesmo diante de um novo modo de se operar em saúde, esta prática sobrevive, a despeito dos inúmeros apelos feitos nas diversas estratégias de educação dos trabalhadores da saúde.

Franco (2007) avalia que apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes as práticas assistenciais permanecem as mesmas, nas quais o processo de trabalho se baseia em relações hierárquicas, os atendimentos sumários e os trabalhadores abrigam-se nos seus micro-poderes sem interagir e ignorando a prática multiprofissional.

A educação permanente busca mudanças nesta prática ao envolver os trabalhadores em processos de trabalho que sejam condizentes com as práticas que o Saúde da Família pressupõe. Com a política de formação com base na Educação Permanente em Saúde, o governo sinalizava para o desenvolvimento de competências profissionais com capacidade não apenas técnicas, mas reflexivos sobre as práticas desenvolvidas. Como observa Paim (2009)

Essas possibilidades de pensar os sujeitos-agentes das práticas de saúde ainda não tiveram consequências na educação e na gestão do trabalho em saúde, de modo que tal questão constitui uma grande dívida do Estado brasileiro com aqueles que constroem o SUS a cada dia. (PAIM, 2009, p. 33).

Em consonância com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, em Campina Grande a Rede de Apoio realizou treinamento para os demais profissionais das equipes, incluindo o técnico de enfermagem, o qual comumente não recebe capacitações oferecidas pelo Pólo de Formação de Recursos Humanos. A urgência na reformulação da política de recursos humanos e a formação de profissionais mais sensíveis às reais necessidades da população eram prementes.

*Nós passamos trinta dias, capacitando os profissionais contratados. A prefeitura estava pagando aos profissionais, mas eles estavam se capacitando. Então foram realizados todos os treinamentos básicos: sala de vacina, treinamento introdutório, introdutório pra dentista e assistente social. Fizemos treinamento sobre saúde da mulher para médico e enfermeiro, sala de vacina para enfermeiro e auxiliar de enfermagem, AIDPI para auxiliar de enfermagem... Ou seja, fizemos um "pool" de capacitações básicas, os profissionais já entraram nas unidades com condições de fazer um trabalho qualificado. (Sebastiana)*

Esta gestão incentivou de forma efetiva a participação dos profissionais em eventos técnicos e políticos. Respeitou e apoiou a organização dos trabalhadores da ESF através de sua Associação (ASPSF-CG), liberando um turno de trabalho semanal para a diretoria se reunir e deliberar questões referentes ao PSF.

*E aí acho que politicamente a gente teve espaços importantes, porque a Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande conseguiu se fortalecer. Conseguimos ter um horário para que a gente pudesse se organizar, nós conseguimos um assento no Conselho Municipal de Saúde. (Lindomar)*

*Conseguimos que os Assistentes Sociais pudessem uma vez por mês participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, pois uma das conquistas mais importantes que a gente conseguiu nesta gestão foi a efetivação do Assistente Social como integrante da Equipe de Saúde da Família. Fato esse considerado uma vitória importantíssima para fazer avançar a compreensão da saúde como um direito por parte da população. Então com o secretário do governo petista a gente ganhou na saúde. (Lindomar)*

Na gestão do secretário sanitarista, foi realizada a “**Mostra dos 10 anos do Saúde da Família**”, na qual ocorreram conferências proferidas por profissionais de expressão nacional, debates e rodas de diálogos que avaliavam a Estratégia Saúde da Família no âmbito local. Neste evento os trabalhadores do Saúde da Família puderam participar de concursos de poesias, fotografias e contos, com trabalhos cuja temática estivesse relacionada ao cotidiano do PSF. Ocorreram, ainda, rodas temáticas, oficinas, e shows culturais, com a presença de artistas das comunidades atendidas pelas equipes de Saúde da Família.

*Existia um estímulo maior pra gente produzir trabalhos para Congressos, isso fazia com que você se sentisse mais importante e valorizada. (Marinalva)*

*A entrada na prefeitura do governo do PT e chegada de um secretário de saúde sanitarista... foi fundamental ao PSF e à organização dos serviços. Eu acho que na gestão petista houve mudanças significativas. (Antonia)*

No que concerne à reorganização dos serviços de saúde voltada para a atenção hospitalar e a alta complexidade, durante esta gestão foram implantadas a Central de Marcação de Consultas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), medidas que acompanhavam a política do governo federal. Segundo Paim et al. (2005) houve uma revisão dos valores pagos pelos procedimentos da alta complexidade prestados que levou a um aumento nos investimentos dos serviços de urgência e do número de leitos de UTI credenciados pelo SUS. O governo federal propiciou uma reformulação na forma de pagamentos e reajuste de repasses, aumentando a autonomia dos hospitais universitários.

Com relação aos programas especiais do governo municipal, destacamos o primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), que promoveu a intervenção num dos hospitais psiquiátricos do município, favorecendo o movimento da Reforma Psiquiátrica. Neste período, o governo federal promoveu um incremento das atividades de saúde mental, combate ao tabagismo, restrição da propaganda, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas e

drogas, expansão do número de CAPS no país e lançou o Programa “De volta para casa”, que criou um auxílio para reabilitação fora do ambiente hospitalar (PAIM, 2005).

Em 2005, foi implantado o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), financiado pelo Banco Mundial. O Ministério da Saúde esperava “fomentar o monitoramento e a avaliação dos estágios de qualidade da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2006), com o intuito de contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia da Saúde da Família nos municípios que possuíam mais de 100 mil habitantes e incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde no país.

O PROESF tinha como objetivos a ampliação, para as populações dos grandes municípios brasileiros, do acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família; a interferência no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais; e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços, incorporando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação, contemplando investimentos para estruturação e organização de serviços, qualificação de Recursos Humanos e Sistemas de Informação e Avaliação. Os recursos disponíveis foram 50% financiados pelo BIRD e 50% como contrapartida do governo federal (BRASIL, 2004):

*Foi a primeira vez que vi um gestor tentar fazer um projeto global pra saúde do município. Ele tinha uma visão setorial nas diversas dimensões da estrutura da secretaria de saúde e da atenção à saúde no município e sem perder de vista essa articulação, essa construção global de uma política pra o município de Campina Grande. [...] É nos processos de discussão que ele conduzia na Secretaria de Saúde, nas tentativas que ele fazia de articular as diversas ações dos diversos setores, no esforço que ele fazia pra qualificar, para construir uma reflexão, uma teorização nos diversos setores da Secretaria. (Sebastiana)*

Quando a gestão petista iniciou a sua agenda política, encontrou uma situação de *crise* instalada no PSF do município de Campina Grande que, como se viu nas categorias anteriores, se acumulava desde sua implantação em 1994. Dentre os problemas mais graves vivenciados pelos profissionais, repete-se: a ausência de apoio efetivo para a Estratégia Saúde da Família, a falta de insumos e medicamentos, a inadequação das estruturas físicas das UBSF, a sobrecarga do número de famílias acompanhadas na área adscrita e o estrangulamento de problemas que as equipes não conseguiam resolver. Com relação ao sistema de referência e contra-referência, faltavam especialistas para os principais problemas encaminhados pelas equipes de Saúde da Família, serviços de urgência e emergência insuficientes e inadequados.

Os outros aspectos do conceito de saúde explícitos nos princípios da Reforma Sanitária ficaram estagnados. Não era possível avançar, pois praticamente nenhum dos condicionantes sociais sofreu mudanças nos quase dez anos do PSF.

A oferta de serviços em atenção básica conseguiu chegar a indicadores epidemiológicos considerados satisfatórios. No entanto, as medidas de saneamento básico, moradias adequadas, boa alimentação, lazer, trabalho, diminuição da violência doméstica e urbana não foram alcançadas e ultrapassavam os limites da capacidade técnica e articulação política que podiam ser encaminhadas pelas ESFs. A desvalorização salarial se acumulava, levando os trabalhadores a buscar uma jornada de trabalho dupla ou tripla para repor perdas salariais.

O agravamento desta crise estava explícito nas seguintes situações: profissionais cansados dos problemas crônicos e persistentes desde a implantação do PSF; distanciamento entre o que estava posto nos documentos oficiais de como o PSF deveria funcionar e as reais possibilidades de desenvolver estas ações.

Diante de tal situação e acreditando na capacidade de reversão que o governo petista ofereceria a Associação dos Profissionais do Saúde da Família, havia procurado a gestão para discutir questões salariais e melhorias estruturais. Naquele período, C.B. era vice-prefeita e comprometeu-se a analisar as reivindicações logo que assumisse o cargo. Ao assumir a prefeitura, inicialmente não agendou aquele encontro com a Associação dos Profissionais do Saúde da Família, que a pressionaram até conseguir uma reunião (considerada “tensa” pelos participantes).

A prefeita C. B. mostrou pouca capacidade de comunicação e negociação com os profissionais, “ela mostrou muita intransigência, incompreensão da proposta dizendo: “o que a gente recebia já estava bom demais”. Disse aquilo e que aquela era a resposta dela, revelou B.F. que na época ocupava a presidência da Associação” (ASPSFCG, 2004, p. 7). Esta colocação refletiu, segundo lideranças da Associação, o processo contraditório na busca por um mesmo objetivo.

Cerca de dois meses após a posse do secretário sanitário, a Associação de Profissionais do Programa Saúde da Família deflagrou a primeira paralisação dos trabalhadores da ESF, que reivindicavam melhores condições de trabalho, reposição salarial, manutenção de insumos e medicamentos nas UBSF e garantia de referência e contra referência. Segundo Borba (2009), as construções midiáticas acerca da identidade da mulher pública foram apoiadas na personagem construída pela própria C.B. desde a sua atuação enquanto sindicalista. A mídia contribuiu na formação do imaginário popular sobre a figura de

uma C. B. combativa, não significando que houvesse nessa construção uma defesa do papel da líder sindical, apresentada muitas vezes como radical e depois como vereadora de oposição atuante.

Constataram-se em momentos diferentes duas identidades de destaque apresentadas pela mídia sobre a petista C. B. Sem deixar de ser fiel à sua ambiguidade, a mídia com sua visão de mundo fragmentada, arbitrária e atemporal, constrói versões sobre o governo e a gestora municipal de acordo com conveniências políticas do que era julgado interessante publicizar ou omitir e tudo com o crédito de uma instituição que diz apenas refletir a realidade. Diante de tantas adversidades e insatisfações os profissionais da ESF realizaram uma greve que durou aproximadamente uma semana.

*Quando fizemos a greve, tivemos reunião com a prefeita e ela não estava entendendo o que estávamos dizendo. Até parecia que a gente era um bando de maluco! Ou que tivesse falando em outra língua estrangeira que não fosse compreendido por ninguém, nem pela prefeita que era do PT! E na verdade a cada vez que a gente tentava se fazer entendido era visto como um desordeiro, um povo que queria tumultuar. Penso que achavam que a gente queria ir à “lua”! Na verdade a gente só estava querendo saber da qualidade da saúde de Campina Grande, de contribuir para que a população tivesse direito a uma qualidade de vida! Mas foi extremamente difícil. (Marilene)*  
*Inclusive fizemos um movimento de greve fantástico de face pintada, paralisamos todas as atividades do saúde da família em prol daquela qualidade que a gente sempre buscou, atendimento qualificado um SUS eficiente, medicamentos suficientes, capacitações... (Elieuz)*

*Também acho que a greve na verdade não foi só na gestão do Secretário Sanitarista, foi na gestão da prefeita Cozete Barbosa, que tinha uma história política vinculada à luta por direitos, foi sindicalista... Sempre teve um discurso favorável aos trabalhadores e houve essa cobrança para que ela mostrasse isso na prática... (Marinalva)*

Aparentemente incompreendido, o movimento grevista teve origem nos anos anteriores a 2002. A eclosão da greve ocorreu num momento de potencialização de expectativa do governo petista, que solucionaria os problemas ignorados pelas gestões anteriores.

A repercussão da greve se deu no município e fora dele, quando alguns atores importantes no cenário da saúde estadual e nacional como a presidente da Associação Estadual de Saúde da Família da Paraíba, M.R, o prefeito P. S. de Camaragibe, e a Sanitarista M.de F. S., do Ministério da Saúde, entraram em contato com a diretoria da Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande, questionando a pertinência do movimento e dispondo-se a intermediar o impasse.

A coordenadora do Saúde da Família mostrou-se ressentida por não poder participar do movimento.



*[...] Nem ajudei, nem participei do movimento, que eu considero uma das coisas mais bonitas, em termos de mobilização, de participação e de criatividade. Teria sido uma coisa bonita de se ver se não tivesse sido algo tão sofrido pra mim. Eu lembro que disse ao Secretário Sanitarista que não podia ajudá-lo naquele momento, que lamentava, sabia que era minha responsabilidade, mas que não tinha como ajudá-lo. Fiquei na Secretaria, escutando todo tipo de comentário maldoso, reacionário e equivocado de figuras até então consideradas interessantes, membros do governo petista, membros extremamente, graduados, que questionavam atitudes dos profissionais e até da Coordenação do Saúde da Família. (Sebastiana)*

Ocorreu um processo de agudização da crise do PSF na gestão do PT. Havia apoio do Secretário de Saúde, disposição para ampliar o PSF e um canal de comunicação aberto entre profissionais e gestão, mas por outro lado, intransigência na discussão da categoria com a prefeita.

*Não conseguimos enxergar, e ao contrário tivemos grandes decepções, porque nós vimos práticas petistas totalmente contrárias ao que o partido defendia, ou seja, repressão para os movimentos grevistas que nós deflagramos autoritarismo, falas da prefeita na época que não compreendia e que depunha até contra o PSF. E como ainda era débil o nível de gestora em relação à estratégia do Saúde da Família. Ela se mostrou inábil nas discussões com os profissionais em greve, diferentemente das posições do secretário de saúde que tinha uma visão do saúde da família, mas que também tinha que fazer todo um jogo de cintura com o governo petista por fazer parte do grupo. (Lindomar)*

A paralisação durou uma semana, findando com a concessão de um aumento salarial de 7%, e de outras reivindicações do movimento. Esta situação começou a definir os movimentos de perdas e ganhos os quais marcaram aquele governo. Os trabalhadores comungavam dos mesmos ideais políticos que os gestores, porém a forma como foram tratados fez o entusiasmo arrefecesse. Algumas falas são significativas nessa direção:

*[...] a gente começou a ver aquele pique de pessoas que eram apaixonadas pela proposta, que defendiam esta proposta, sobretudo com muito prazer, com muito desejo com muita militância, a gente viu que as forças foram enfraquecendo... (Lindomar)*

*Mas chegou o momento que a gente não conseguia mais articular, garantir o Saúde da Família como estava na nossa cabeça. Achávamos que era impossível voltar atrás, e que o Saúde da Família realmente já era uma proposta que não volta, que se afirmou, mas, na verdade, pior do que não ter volta é ficar nessa cronificação com todas as perdas, de emocional, militância, de ninguém acreditar mais. (Lindomar)*

O acúmulo de situações inusitadas somados aos problemas já existentes foram determinantes significativos nos embates que se configuraram durante esta gestão.

### **5.3.1 Conflitos entre os trabalhadores do Saúde da Família e a gestão sanitária**

Podemos identificar que, mesmo com os avanços obtidos na gestão petista, muitos conflitos ocorreram. O Saúde da Família de Campina Grande tentava sair da condição

marginal de ser uma estratégia com um funcionamento de uma Organização Não Governamental (ONG). Não existia o estímulo necessário da gestão para a continuação do trabalho nos moldes como os trabalhadores acreditavam. Embora o governo petista tenha reativado a esperança de finalmente o Saúde da Família ser assumido como um modelo assistencial da gestão, conflitos de várias ordens permearam esta relação.

Uma das primeiras dificuldades encontradas pelos trabalhadores e Associação do Saúde da Família foi manter a Coordenadora A.F. no cargo. Como era reconhecida pelo governo anterior do grupo a que pertencia a C.C. L., houve resistência por parte da gestão de mantê-la à frente do setor. Entretanto, a escolha desta coordenadora pelos trabalhadores do Saúde da Família atendia a critérios defendidos pelo grupo, pelas características de ter sido pioneira na Estratégia Saúde da Família e por tecnicamente apresentar perfil adequado para gerenciar o setor.

*Então nós conseguimos esta barganha no governo e nós tivemos medo na gestão petista, sentimos a ameaça de perdemos a Coordenação do PSF que foi um processo rico e democrático, que foi a categoria que reivindicou esse cargo, então ele tem uma conotação política pra gente. O nome da coordenadora na época, não é por ser A.F., é que tem um significado importante para gente, e a sua indicação que foi resultado da prática democrática da discussão. [...] era realmente uma pessoa que compreendia e que tinha um perfil ético, de liderança, técnica e política. (Lindomar)*

A rede hospitalar de Campina Grande era predominantemente formada por hospitais privados, construída historicamente desde o período da ditadura militar e fortalecida nos últimos anos com recursos financeiros públicos. Esta característica aumentava o poder dos grandes empresários da saúde no município, que mantém um assento permanente no Conselho Municipal de Saúde.

O Partido dos Trabalhadores teve a sua primeira ascensão ao C.B. assumir a gestão municipal. Entretanto, este espaço de poder não representava a força suficiente para reverter a política de saúde local. De início, a articulação política entre o PT e o PSDB expressou um aspecto positivo. Segundo Borba (2009), significava uma parceria que aos olhos dos munícipes era positiva para a cidade servindo como pano de fundo na diferença encontrada entre a gestão do governo estadual de C.C.L. e do governo anterior, J.M., postos dicotomicamente como o que amava Campina e o que odiava a cidade. Portanto, o governo estadual priorizaria o município.

Borba reitera que no primeiro ano do próprio governo, C. B. viveu uma “lua-de-mel” com o governo estadual, pois havia uma espécie de trânsito livre entre a gestão municipal e a estadual. Essa situação foi drasticamente modificada quando ocorreu o rompimento entre estes dois governos:

*Então Campina Grande não nasce com essa tradição de um processo de eleição, onde o município dá um voto ao Partido dos Trabalhadores. Na verdade ele chegou ao poder por “tabela”, onde a vice-prefeita era do PT. Então “era tudo farinha do mesmo saco”. Então, a gente não tinha essa grande expectativa de acreditar em um momento mais revolucionário, mas evidentemente que acreditava na sensibilidade de uma gestão que poderia mostrar alguma diferença [...] Já tínhamos visto que a forma que o PT chegou na prefeitura de Campina Grande se deu por meio de uma aliança estabelecida do governo petista com o governo do PSDB. A chegada do PT ao poder em Campina Grande, não foi fruto de um rompimento. Chegou articulado com todo esse grupo de Campina Grande que historicamente é comprometido com a rede [de saúde] privada. Na verdade basicamente 98% do recurso financeiro da saúde de Campina Grande, historicamente foi voltado para a rede privada. Nós somos um município que temos uma rede quase que 90% privada, vários hospitais, um sistema de saúde totalmente voltado pra os grandes grupos políticos e econômicos. Os grandes donos de hospitais é quem define a política de saúde em Campina Grande. (Lindomar)*

Os donos de hospitais sempre utilizaram seu poder como moeda de barganha para fins eleitoreiros nos diversos governos que passaram pelo município. Esta situação vem reforçar aspectos relacionados à prioridade de recursos financeiros destinados à Atenção Básica e da autonomia dos gestores:

*E na questão da autonomia, por mais que dissesse que precisava ter autonomia para gerir a saúde, ele sempre esbarrou na questão financeira, nos interesses políticos de mexer com alguns grupos da cidade que é um grande problema em Campina Grande que nenhum gestor conseguiu até agora enfrentar e mudar. Mexer com as estruturas dominantes de poder, como a assistência privada, porque enquanto não mexer com isso não vai ser possível organizar a rede de Campina Grande segundo o que recomenda o SUS. (Marlene)*

Esse aspecto não favoreceu as expectativas criadas para a mudança de modelo. Vislumbrava-se a acumulação de problemas:

*Na implantação do PSF diziam que a Secretaria de Saúde estava vermelha. Com a saída de E. os gestores passaram a nos chamar pejorativamente de “petista” e no governo petista em Campina Grande fomos consideradas inimigas do PT. Tudo isso porque a gente reivindicava condições de trabalho, espaços para o projeto do saúde da família, a garantia do direito à saúde da população. Na verdade a gente era o único movimento que existia em defesa da saúde população de Campina. (Sebastiana)*

*Assim, já acumulávamos também nesse período, uma crise de pequenos problemas, mas que eram persistentes. Porque estávamos num período de discussão, onde questionávamos a qualificação do PSF. Já trazíamos conflitos e refletíamos se era mais importante ampliar as Unidades de Saúde da Família ou qualificar os profissionais para atuarem verdadeiramente na institucionalização do saúde da família como modelo de saúde. (Lindomar)*

*Os profissionais já estavam adoecendo, cansados, desencantados, num limiar muito pequeno para suportar todas estas dificuldades que se enfrenta no dia a dia de quem “está carregando o piano”, que era conviver com os problemas ainda do tempo da implantação do PSF, como a falta de medicação, um sistema de referência e contra referência ineficaz, a falta do material mais básico, estar com dez anos de PSF e tem dia que você não tinha um receituário... eram questões mais elementares que eu acho que não adianta mais nem citar porque todo mundo já está cansado de saber (Lindomar)*

Os profissionais se mantiveram na estratégia exercendo os vários papéis que lhes eram atribuídos: o planejamento das ações, atividades burocráticas e gerenciais, assistindo a alta demanda; promovendo a organização dos usuários através dos conselhos locais de saúde; articulando a intersetorialidade; cuidando e zelando dos profissionais, da população... Enfim vivenciando um processo de trabalho desgastante; físico e psicologicamente.

Estas situações puderam ser constatadas nos profissionais, que passaram a desenvolver sinais de sofrimento psíquico e/ou físico, como ansiedade, desesperança, hipertensão, fadiga crônica, cefaléias, alterações gastrintestinais, alterações respiratórias, insônia, dores musculares ou articulares, depressão, síndrome de Burnout e gestações de risco.

Ferreira e Mendes (2001, p. 3) afirmam que a atividade do sujeito em situação de trabalho é um processo permanente de regulação e visa responder adequadamente aos objetivos das tarefas, às múltiplas determinações do contexto de trabalho (situacionais, físicas, materiais, instrumentais, organizacionais e sociais) e à avaliação que o sujeito faz de seu estado interno:

*E aí a gente já estava vendo durante esse período todo, vários colegas, principalmente os médicos, que tem um mercado de trabalho maior, já correndo para dar plantão. Já via a queda da qualidade durante o tempo que estava no PSF, ter a dupla jornada de trabalho, trabalhar de noite, final de semana. Então todo mundo já estava muito cansado e em geral todo mundo já procurava outro vínculo e a crise ia se avolumando... Do tamanho das expectativas era a crise que também ia se avolumando. (Lindomar)*

Farias (2005) afirma que a ausência das condições físicas e materiais para o desenvolvimento das tarefas podem estar intimamente relacionadas com a produção de sentimentos de tensão e ansiedade no trabalhador. A necessidade de condicionar a produção do serviço à disponibilidade de insumos na unidade de saúde obrigava o trabalhador a negar o serviço ao usuário ou a realizar adaptações, muitas vezes, com riscos para o usuário e para ele próprio:

*E o que não avançou na gestão do Secretário Sanitarista, foi a questão da infraestrutura. Não conseguimos melhorar a qualidade das unidades de saúde da família, aqueles processos de reforma arrastadíssimos, de baixa qualidade, complicados, atrasados. A questão de equipamentos, de insumos e medicamentos que a gente também não conseguiu avançar, aquele discurso recorrente que ninguém aguentava mais de que os processos de licitação estavam acontecendo. (Sebastiana)*

Ao final da gestão petista, os trabalhadores, foram informados que o imposto de renda não tinha sido descontado na folha de pagamentos da Secretaria de Saúde, prejudicando os seus direitos legais. Outro aspecto encontrado refere-se à categoria que a ajudou a

transformá-la em liderança política, no caso, os servidores municipais, os quais, no final do seu governo sofreram com atrasos na folha de pagamento. Ironicamente, a categoria pela qual ela sempre lutou, foi penalizada no seu governo num aspecto sagrado ao trabalhador: o pagamento do salário em dia (BORBA, 2009).

*Infelizmente no finalzinho desta gestão, a gente levou uma rasteira grande quando percebemos que nossos direitos trabalhistas foram desrespeitados. O Imposto de Renda que era depositado na fonte não foi pago à Receita Federal, o Fundo de Garantia (FGTS), também não foi pago e isso foi uma coisa que ninguém esperava. A transparência e visibilidade que a gente tinha antes e acreditava tanto, faltou... E a rasteira que a gente levou foi feia!. Houve politicagem dentro da Secretaria, porque aconteceu um comprometimento maior das pessoas em tentar manter aquela gestão. (Marinalva)*

A quantidade de problemas se tornava proporcional às expectativas criadas com a entrada o governo petista, que fortaleceria o Saúde da Família de acordo com as expectativas. Com mais uma decepção centrada na questão do FGTS, inicia-se um processo de cisão e desconfiança entre trabalhadores, a Rede de Apoio e a Associação do Profissionais de Saúde da Família.

Por vezes acreditou-se que a Rede de Apoio realizava junto à Secretaria de Saúde intervenções em defesa da gestão, e não dos trabalhadores, favorecendo o fortalecimento da crise dentro da categoria. Essa avaliação pode ser percebida no depoimento a seguir:

*Foi um momento rico em termos de experiência. A participação na Rede de Apoio ao Saúde da Família significava estar “dando os últimos tiros de canhão” para retirar o saúde da família da crise que vinha se acumulando antes da gestão petista. [...] Esse papel de vanguarda da Rede, não ficou muito definido, e aí tivemos muito estranhamento, muita dificuldade de poder conciliar e entender esse papel que passamos a ter junto à Secretaria [...] Mas também a Rede traz mais uma crise, porque dela passaram a participar profissionais que sempre estiveram ligados ao serviço, profissionais formados junto com a gente na construção do PSF. [...] E aí é um período que muitos conflitos se exacerbam. Tantos os conflitos da categoria que não conseguimos esclarecer para a categoria e até para nós mesmas. [...] porque na medida que a gente destacou pessoas pra ir para Rede, pessoas que eram militantes, politicamente, mas as respostas a ser partilhadas com a categoria eram insuficiente. (Lindomar)*

A articulação política enveredada pela Associação fortalecia a categoria e mostrava a força dos trabalhadores. A presença da Rede de Apoio na instituição deveria fortalecer o Saúde da Família como estratégia prioritária para o governo. No entanto, a formação da rede retirou da associação e da militância lideranças representativas dos trabalhadores que naquele momento faziam parte da instituição. Sem a coesão dos profissionais da Rede, a Associação passou a sofrer descrédito da categoria, a qual alegava não estar sendo defendida pela entidade.

*A gente realmente era quem estava conseguindo mobilizar, através dos bairros, dos conselhos locais de saúde, através da Associação. Eu acho que a Associação dos profissionais foi uma*

*experiência riquíssima que nós conseguimos aglutinar basicamente 100% da categoria e este era o caminho que a gente acreditava. (Lindomar)*

Os equívocos na compreensão dos trabalhadores do Saúde da Família sobre o papel da diretoria da Associação com relação à defesa dos interesses da categoria, contribuíram para um processo de cisão da Associação. A diretoria, naquele momento abdicou e entregou o mandato.

*Ai o esgotamento foi chegando. Reconheço que foi um momento muito contraditório, extremamente dialético. Então, chega o momento que está todo mundo já “pipocado” e ii já traduz com uma grande crise entre a categoria, o que foi muito forte. Nesse período houve um momento em que a categoria apresentou várias falas e a gente não conseguiu superar essa crise de uma forma que a categoria saísse mais fortalecida, que estas discussões viessem mais à tona, que a gente conseguisse aprofundar mais essa crise... [...] e ocorre um “racha” muito grande na categoria que não foi politicamente avaliado naquele momento, e terminou por trazer à tona um desencantamento da categoria que tinha como sua grande marca a história do prazer e da luta do quixotesco... (Lindomar)*

Vários foram os enfrentamentos realizados pelos trabalhadores na intenção de garantir a utopia do projeto, no entanto, as condições necessárias neste intento nem sempre estão claras. Löwy (1991, p. 29) afirma que “estas ideologias, ou visões de mundo ou *utopias*, correspondem aos interesses, posições, aspirações, tensões, das diferentes classes sociais”. O depoimento seguinte retrata o interesse nos ganhos em saúde e a força dos trabalhadores na defesa de suas ideologias

*Porque a gente sempre ficou mesmo tentando fazer com que o Saúde da Família funcionasse, mesmo que fosse amortecendo os conflitos entre a população e a gestão. Estávamos sempre na linha de frente e como o Saúde da Família possibilita relações mais horizontais e democráticas, no que tange a participação popular, o diálogo com secretário petista favoreceu a promoção de ações de mobilização e discussão política, tanto da comunidade, quanto com os profissionais. Foram momentos muito ricos, onde pudemos fazer assembleias com os profissionais no horário de trabalho, conseguimos um turno para que cada PSF pudesse organizar o seu conselho local de saúde em sua área de abrangência em alguns e isso ai foi muito importante. (Lindomar)*

Percebemos que a capacidade de articulação foi mantida desde o grupo de pioneiras do Saúde da Família. O enfrentamento, a mobilização pelo controle social, a criação da Associação dos profissionais e, neste governo, a participação institucional através da formação da Rede de Apoio eram consideradas práticas importantes para fortalecer a Estratégia Saúde da Família

*Principalmente nós, pioneiras do PSF elaboramos a estratégia de fortalecer o Saúde da Família em Campina Grande. Pela Associação dos Profissionais de Saúde da Família (ASPSF) promoveríamos a mobilização dos profissionais, com os usuários trabalharíamos através da formação dos Conselhos Locais de Saúde, que seriam o meio de exercitar controle social. E com a gestão a gente tentou ocupar espaços na secretaria de saúde por entender que esse espaço ainda não era ocupado por nós. [...] Tínhamos a meta de expandir porque seríamos mais e seríamos fortes. Seria bom quando a gente chegasse em 100% de cobertura, porque estrategicamente a*

*gente fechava Campina Grande toda. Teríamos a categoria toda organizada, sem nenhuma ilusão. Teríamos 100% dos usuários. Então nós éramos fortes. Nós teríamos força e nós trabalharíamos nos três cantos de ação controle social, profissionais e gestão. (Lindomar)*

A gestão petista foi caracterizada por perdas e ganhos, surgindo reflexões sobre quais seriam os limites do Saúde da Família. Os profissionais questionavam se o Saúde da Família seria reduzido a uma “cesta básica” na oferta de serviços de saúde. Questionou-se se a prioridade no governo seria investir na qualificação de profissionais, resolvendo primeiro os nós críticos da estratégia para depois realizar a expansão do número de equipes, ou se a expansão traria o fortalecimento da categoria e a pressão para resolver os problemas:

*Os conflitos sempre foram proporcionais ao tempo de implantação, e na medida em que iam se avolumando, iam se expandindo, a gente também ia se afinando. Quanto mais uma gestão tiver sensibilizada com o projeto, menos conflito. Mas na verdade o nosso querer era sempre maior do que a gestão podia ou se dispunha a fazer... Então sempre tivemos conflitos. Eu acho que o Saúde da Família nasce com conflito, porque pela própria origem do Saúde da Família é uma proposta de igualdade, de justiça, porém a gente não tem isso na prática. (Lindomar)*

Para Carvalho (2008), embora as políticas de saúde representem um avanço para o novo modelo de saúde que se esboçava a partir das primeiras experiências do Saúde da Família, evidenciando o compromisso com os princípios do SUS, outros autores vêm apontando o Saúde da Família como um projeto adverso ao próprio SUS, cujos compromissos seguem as orientações das agências internacionais. Costa (2007), neste mesmo sentido, afirmar a participação das agências internacionais no controle dos agravos e de uma assistência à saúde mais racional, mais resolutiva e menos onerosa para o Estado:

O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial estabelecem uma agenda de reformas que mostra a inadequação dos gastos brasileiros em saúde, pois são exagerados e não alcançam as regiões e os grupos sociais mais pobres “mais vulneráveis”. Elabora-se assim uma estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, a partir da idéia de que esta é uma panacéia no sistema de saúde, cujo escopo é a efetivação do caráter de porta de entrada dos serviços de atenção básica. Visto que a saúde é uma ampliação da oferta de serviços básicos ao segmento populacional rural e urbano, antes excluído, tem agora objetivo de investir na atenção primária, na prevenção e promoção à saúde, articulados com uma assistência curativa e de alta complexidade, caracterizando-se como um instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde. (COSTA, 2007, p. 46).

Nas relações estabelecidas entre trabalhadores e gestão, a participação do secretário sanitário foi significativa na condução dos confrontos. Percebemos que ao tornar a estratégia saúde da família a prioridade da saúde no município os trabalhadores e a coordenação não teriam mais tantos embates. Pela exaustão que as lideranças do Saúde da Família apresentassem. Esperavam-se bem menos conflitos do que realmente aconteceram. O discurso que se segue aponta para o papel do secretário sanitário como apaziguador dessas relações.

*E ele [o secretário sanitário] teve um papel fundamental de segurar a onda, mas não foi fácil! Essa situação de conforto que a gente imaginava que ia acontecer, não aconteceu porque a gente continuava a ser vista com desconfiança. Eu acho que considerando a mudança de modelo, a mudança de práticas de saúde, o trabalho que fazíamos era importantíssimo para a mudança do modelo de saúde. Nós tínhamos uma prática diferente e chegamos muito perto. Independente da baixa cobertura, onde existia o acesso da população ao saúde da família, a gente fazia uma estratégia, uma nova prática, uma nova forma de fazer saúde. (Sebastiana)*

Desta forma, podemos refletir que esta gestão foi significativa por ter reacendido a utopia de um SUS real possível. Entretanto, as perdas quando da formação da Rede e a desarticulação dos trabalhadores desaguaram no desencanto.

*Se na gestão petista foi uma fase de desencantamento, inclusive nós fizemos na gestão petista um enterro simbólico da Saúde da Família e do SUS e da gestão. Tivemos simbolicamente este momento em praça pública, de fazermos o velório, o enterro desta gestão. ( Lindomar)*

### **5.3.2 A gestão sanitária avaliada pelos profissionais das equipes pioneiras**

Segundo os colaboradores deste estudo, a gestão sanitária obteve avanços no contexto da saúde, configurando ganhos importantes para a categoria. Entretanto as ambiguidades encontradas nos depoimentos apontam para os resultados positivos e negativos que ficaram da gestão.

*Eu acho que na gestão do Secretário Sanitário, apesar da baixa cobertura, foi onde chegamos mais perto da proposta do que seja o saúde da família, apesar das inúmeras dificuldades, principalmente de interlocução com os demais setores da secretaria e com os demais serviços da rede de atenção do município. (Sebastiana)*

*Só que essas conquistas e todo o seu trabalho não foram acompanhados de uma decisão política de mudar o estado de coisas do município, não conseguiu mexer nas estruturas da política. Então o trabalho ficou na superficialidade e isto realmente não trouxe as mudanças que a gente desejava e esperava acontecer. (Marlene)*

Estas considerações nos permitem perceber as ambiguidades deste contexto nas questões administrativas em geral e no âmbito da saúde no município. Borba (2009) reitera que a prefeita herdou uma administração de um “companheiro” circunstancial, não cabia a C.B.e o discurso de denúncias contra a gestão anterior, tão comum em época de campanha e no início de governo com nova administração. Os avanços tiveram uma configuração importante, os depoimentos apontam para ambigüidades. Sobre resultado positivos e negativos que ficaram da gestão os colaboradores avaliam:

*Tivemos avanços políticos, porque a gestão tinha o compromisso democrático com a gente, mas não deixava de ser uma gestão também politicamente envolvida e comprometida com os limites de uma política local. Então na verdade a gente teve na gestão do secretário sanitário um momento*



*de crise onde não conseguimos dar esse salto de qualidade como pensávamos [...] Na verdade ela trouxe novidades do ponto de vista político, mas na prática não, pois não conseguiu mudar questões da área administrativa, do dia a dia, da crise, digamos, conjuntural... Vamos para as miudezas: das questões das condições de trabalho, da defasagem salarial. Quando nós começamos no PSF o salário dava pra você manter num padrão de vida favorável. Dava para os profissionais viverem quase que exclusivamente, do PSF. Eu vivi exclusivamente do que ganhava no PSF, nunca tive outro vínculo. Você não precisava ficar atormentada pulando de vínculo em vínculo pra poder ter uma renda que suprisse o básico. (Lindomar)*

Destarte, as questões gerenciais e de infraestrutura, as decisões na rede assistencial e os hospitais continuaram incipientes e ineficazes, voltados para ações clientelistas que desencadearam novos desgastes com as equipes de Saúde da Família. O SAMU por exemplo, e começou a disputar um espaço com o Saúde da Família criando impasses na resolução de problemas onde era solicitado, e não ia, pois argumentava que a equipe tinha responsabilidade sobre os problemas em suas áreas adscritas. A rede hospitalar também não foi modificada em expansão, tampouco em qualidade.

*Eu não responsabilizo o Secretário Sanitarista por essas questões, mas que foi um fato que aconteceu nessa gestão e que contribuiu para aumentar os conflitos entre a rede e os profissionais propiciando a nossa divisão enquanto categoria profissional. Acho que esse fato marcou o futuro do PSF de Campina, a gente tem que ter maturidade para encarar essa nossa responsabilidade. O fato da gente não ter conseguido se manter unido determinou tudo que veio depois. (Sebastiana)*

*Faltava, nas gestões anteriores a do Secretário Sanitarista uma proposta técnica do projeto de gestão que incluísse o Saúde da Família. Então tudo que se fez até esse período se deve ao esforço, a paixão, dos profissionais que atuavam na época de 1994 a 2002, porque estímulo e orientação técnica por parte da gestão não existia nenhuma. E isso só foi modificado com a gestão petista. [...] a dificuldade da gestão do Secretário Sanitarista, na minha opinião foi a falta de uma equipe, que viabilizasse a operacionalização do projeto que ele tinha para a saúde de Campina. Então as ações, as atividades meio não conseguiram criar condições para tudo que ele pensou, que ele sonhou para cidade, mesmo sem ser um campinense, se concretizarem. (Sebastiana)*

Os conflitos emergiram de modo indefectível. O rompimento da aliança do PT com o PSDB representou para a prefeita C.B. o fim do acesso às benesses do governo do estado. E a mídia, que não é partidária, tomou partido nessa separação, apontando C.B. como a responsável pelo fim da aliança, definindo-a como ingrata e infiel. Para Borba (2009, p.9) a imagem de C.B. na mídia transforma-se de líder combativa em administradora incompetente e traidora, não apenas no aspecto da aliança política. Foi iniciado um desenho caricatural da prefeita que a qualificava como pessoa desequilibrada, desqualificando o seu discurso e pondo em xeque a sua sanidade.

Esta análise redonda na construção de um projeto em saúde dessa magnitude, no qual os atores fazem também suas auto-críticas para entender a contribuição de cada um naquele momento histórico:

*A gente tinha que tentar sair dessa crise. Era preciso fazer uma auto-crítica e uma avaliação crítica do saúde da família. [...] Ai voltando para questão dos nossos erros, nossas autocríticas é que nós, enquanto categoria, tivemos nossa crises lá na frente estouradas porque a gente não tentou, trabalhar muito como militância da saúde pública. Muito mais do que organizar questões da categoria, eu acho que o grande racha que nós tivemos foi reflexo de toda condução política que nós demos ao processo, da forma como militávamos e que trouxemos para o Saúde da família para tentar fortalecê-lo. Nós não nos preocupávamos com a questão do vínculo, nós não nos preocupávamos tanto com a própria questão salarial, nós não nos preocupamos muito com a satisfação do profissional, do trabalhador de saúde. Então nós enquanto militantes, só víamos realmente a questão do PSF, ele é viável, ele é uma estratégia, ele é revolucionário, ele é importante. E eu acho que pecamos muito em relação à questão de cuidado com o trabalhador, o cuidado no sentido de organização mesmo. [...] Porque em nome da militância a gente só conseguia ver realmente os avanços do SUS, se preocupava muito mais com defesa da proposta, da militância, da reforma sanitária, da construção do PSF, porque, inclusive para nós era muito importante mostrar que a estratégia do Saúde da Família era viável! Isto a gente conseguiu, mas não pensávamos em refletir sobre as questões inerentes ao processo de trabalho, dos problemas relacionados à categoria profissional, então realmente “nós dormimos de touca!”, - Eu faço essa autocrítica! (Lindomar)*

Os depoimentos lidos, demarcam, ainda, erros e acertos dos trabalhadores da Associação dos Trabalhadores do Saúde da Família.

*Então a gente trabalhava basicamente, vinte horas por dia movidas pelas questões dessa militância e foi tão grande a expectativa que se tinha nesta gestão, tão grande a decepção... (Lindomar)*

As reflexões que se seguem apontam para o desencanto, e, por vezes, para a perda de esperanças, decorrentes dos limites de uma proposta que se foi implantada dentro do contexto neoliberal:

*Então na verdade, esse momento foi rico, mas também trouxe um termômetro importante, que foi a riqueza do máximo que a gente podia ter alcançado na nossa história política de avanço de gestão do secretário... onde a gente consegue entrar na própria instituição. Onde precisa avaliar que essa história foi bem complexa, precisa ser avaliada, mas que a gente na prática estava com os mesmos problemas (Lindomar).*

Os trabalhadores tentaram adentrar todos os espaços possíveis para garantir a estratégia Saúde de Família, entretanto, os obstáculos encontrados foram mais preponderantes do que as utopias:

*O governo petista nos mostrou o limite em termos de gestão. No governo de Cozete, na gestão do Secretário Sanitarista, a gente via limite estrutural tendo como causa a proposta neoliberal.[...]Estrategicamente o PSF, a cada dia, se defronta com as dificuldades do tamanho de uma proposta que não consegue ter resposta no Brasil como um todo, ou seja, no âmbito de políticas públicas. Um momento muito contraditório, extremamente dialético. Então resumindo esse período, na minha compreensão, ele consegue ir no platô máximo do saúde da família que teoricamente seria uma gestão que se dizia comprometida, o Partido dos Trabalhadores, apesar da gente não ter visto isso no âmbito de prefeitura, da própria prefeita, do secretário e dos demais. (...) Eu volto a dizer que mesmo em um movimento de muitas idas e voltas, de perdas e ganhos, de contradições que tivemos durante a gestão petista, mesmo tendo conquistado um espaço político importante e do que conseguimos junto à população, com os profissionais, mesmo assim não houve reversão da melhoria das condições de trabalho e de salário defasado que já vinha se acumulando muito antes desta gestão. (Lindomar)*

Mendes (1999) aponta para a focalização apenas como uma das estratégias de estabilização e ajustes neoliberais - entre as quais se encontram também a descentralização e a privatização - utilizados em tempos de crise fiscal e política. Neste sentido, são significativas, nos anos seguintes à década de 1980, as recomendações do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1993) - cujos clientes são 26 países pobres, médios e ex-socialistas - para as reformas no setor saúde. Observa-se uma conotação focalista/seletiva intensamente refletida nas reformas do sistema de saúde brasileiro na década de 1990:

*Sempre achamos que a correlação de forças, a nossa organização pudesse reverter e cada vez mais promover avanços que qualificassem o Saúde da Família. Então foi o momento que pra mim deixou claro que o saúde da família é uma “cesta básica”. É uma política compensatória, é uma política que não avança em termo de estruturar o SUS; fica na organização da atenção básica e das questões básicas. E chegamos a um ponto nessa gestão onde compreendemos que realmente o Saúde da Família não passa de programa de expressão de uma política neoliberal, que é uma proposta extremamente limitada, que é uma proposta que tem por principal objetivo favorecer muito mais a política neoliberal do capitalismo. (Lindomar)*

*O SUS hoje já está adulto e não mudou muita coisa. (Marilene)*

A análise que se faz após o primeiro governo Lula e os encaminhamentos do segundo mandato, é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 1990 – continua. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não tem havido vontade política e financiamento para viabilizá-las. Percebe-se a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado (BRAVO; MENEZES, 2008).

*Esse governo não mostrou ao que veio, não fez diferença. Nós não conseguimos ver que antes tínhamos necessidades, nós não vimos nem um marco histórico, político, econômico, de organização, de politização, nessa gestão. Pelo contrário foi uma gestão traduzida nas manchetes como uma gestão melancólica e de frustração. Esse governo petista não teve nenhum impacto, nenhum marco para Campina Grande. Ele não passou de uma decepção! Porque ele foi a continuidade, o continuísmo...[...] O governo petista nos mostrou o limite em termos de gestão. (Lindomar)*

Como continuidade da política de saúde dos anos 90, destaca-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplo de focalização, evidencia-se a centralidade do Programa Saúde da Família, sem alterá-lo significativamente, para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica e não um programa de extensão de cobertura para as populações carentes (BRAVO; MENEZES, 2008).

Objetivamente, na política de saúde brasileira, parece haver uma situação híbrida que agrega os dois enfoques referidos acima: indiscutivelmente há a presença do enfoque igualitário no aparato legislativo que norteia a política de saúde de um modo geral. Mas, apesar de fundamental, isso não é tudo. A conhecida (e infinita) escassez de recursos públicos no campo da saúde torna a execução dessa política universalista fatalmente complexa. É neste sentido que programas com características de focalização e seletividade (enfoque neoliberal), como o PSF, são criados – ainda que no plano do discurso oficial essas características não sejam admitidas. (AZEVEDO, 2007)

Segundo Borba (2009), a ideia da reeleição configurada desde o início da administração de C. B. foi caracterizada pelo fato de em dois anos ela querer mostrar como fazer diferente, sem poder dizer que fazia melhor e adotou como slogan “Um jeito novo de cuidar das pessoas”. O destaque foi para o novo, não melhor ou pior, apenas novo. Era o máximo de confronto possível em relação ao governo anterior, cujo responsável era seu aliado e então gestor estadual. Entretanto o PT atravessava no cenário nacional o escândalo do mensalão, e não podia naquele momento ter a imagem explorada positivamente durante a campanha. O próprio partido era um problema para a administração de C. B., inclusive no Poder Legislativo.

A gestora municipal e a candidata dividiram o mesmo tempo e o mesmo espaço durante a campanha de 2004. Candidata à reeleição sem o apoio do governo estadual, C. B. acabou tendo como principal adversário na campanha municipal C.C.L. o governador do Estado. O PMDB, por sua vez, tinha candidatura própria.

Todas as esperanças e desencantos com a gestão petista foram configurando um desenho de baixas expectativas com relação à utopia Saúde da Família definindo os movimentos de perdas e ganhos que viriam a seguir.

#### 5.4 EIXO TEMÁTICO IV: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS A GESTÃO PETISTA: DO DESENCANTO À ESPERANÇA

No ano de 2004, ocorreram eleições para prefeito. A então prefeita C. B., após ter rompido com o com o governo do PSDB com o qual fez aliança partidária candidatou-se pelo Partido dos Trabalhadores ao segundo mandato e perdeu as eleições no primeiro turno, passando a apoiar V.V. então candidato do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Segundo Borba (2009), a negação popular ainda no primeiro turno fez a petista apoiar a candidatura de quem naquela circunstância representava a oportunidade de medição de forças com o governador do Estado, ex-aliado e novamente inimigo político da petista. A

C. B. restou mostrar que tinha peso político para contribuir com a eleição do adversário que ameaçava o grupo de C. C. L. de perder o controle político da cidade.

A prefeita C. B. assumiu novamente o papel de coadjuvante, mas que se refletiu como importante na reversão de votos para o prefeito eleito. Sobre a situação de C. B., em 2006, diz Borba (2009):

Julgada pela mídia, julgada nas urnas, no partido e na justiça, C.B. perdeu efetivamente as eleições, mas saiu do pleito ainda como vitoriosa, por contribuir para a eleição do prefeito que simbolizava o que ela quis representar no final do seu governo, com o fim da aliança. (BORBA, 2009, p.12).

Durante um debate promovido pela Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande, V. V. assinou um termo de compromisso garantindo que ao ser eleito asseguraria várias reivindicações feitas pela categoria. Este candidato recebeu apoio de vários trabalhadores do Saúde da Família, além de ter sido assessorado pelo secretário sanitário.

*Depois que C. B. perdeu o primeiro turno, muitos continuaram apostando que Veneziano, poderia, inclusive não só manter do Secretário sanitário na Secretaria, mas também a Coordenação, a Rede na secretaria; até porque teve assinatura. Este candidato participou de um debate, que a Associação promoveu. Houve assinatura de termo de compromisso com a saúde em geral e o PSF em particular. Então a expectativa era de que no governo de Veneziano nos mantivesse numa situação favorável ao Saúde da Família. Na verdade houve uma conversa da ASPFCG, após a eleição, com os principais assessores dele, no caso o deputado V.R.F., para manutenção da Coordenação e da Rede. (Sebastiana)*

*[...] nós apostamos as “fichas” em V.V. [...] com este governo nós até arriscamos a nos colocarmos de maneira que as pessoas entendessem que ele fosse aquilo que a gente precisava para o PSF ter uma nova alavanca, ter garantido as equipes necessárias para dar cobertura para Campina Grande, então foram muitas expectativas que a gente teve. E fizemos reuniões com ele, onde ele garantiu nas campanhas que ia fazer isso, ia fazer aquilo outro pela saúde, pelo PSF, que tudo era uma maravilha. (Marilene)*

O então candidato V.V. foi eleito prefeito de Campina Grande com uma diferença mínima de aproximadamente 700 votos para o candidato do grupo C. C.L., do PSDB. Em 2005, este governo se inicia convidando o economista, G. M., presidente do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande (CMS-CG) para ser secretário de saúde. Junto a este novo secretário, assumiram alguns técnicos e defensores do PSF para fazerem parte da gestão da Secretaria de Saúde como E. G., médico, professor universitário e um dos criadores do PSF em Campina Grande e B. R., médica, pioneira do PSF, participante da Rede de Apoio ao Saúde da Família e representante da Associação dos Profissionais do Saúde da Família junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS-CG). A coordenadora do PSF, A.F. passa a ser gerente da Atenção Básica, após negociação com os assessores do novo prefeito.

O secretário sanitário foi sondado para assumir esta pasta, mas aceitou um convite para assumir um cargo técnico no Ministério da Saúde em Brasília:

*Nós continuamos no início do governo V. V., cujo secretário de saúde foi G. M.. Acho que isso tranquilizou a grande maioria dos profissionais que não iria haver uma quebra do processo que se estava vivendo. Na verdade, a Coordenação foi mantida na época com certa desconfiança no processo de monitoramento (Sebastiana).*

*A escolha do secretário de saúde foi uma escolha surpresa [...] que era o presidente do conselho municipal de saúde, representante da categoria de usuários, uma pessoa que a nosso ver tinha todo o diferencial para fazer uma revolução na saúde em Campina Grande. [...] Os seus primeiros atos confirmaram as nossas expectativas até pela escolha de quem seriam os seus assessores diretos, diretores dos departamentos, pessoas da Universidade, ligadas à defesa do SUS. Só que no decorrer a gente viu que ele (o novo secretário de saúde) não tinha a autonomia desejada, era muito dependente do grupo político e aí a gente começou a perceber que as coisas não iam andar da maneira que esperávamos, porque a partir do momento que você não tem autonomia impede avanços no SUS. Então ele não estava sendo um agente político em função de mudanças e sim fazendo política partidária. [...] Foi mais uma grande decepção que nós tivemos, até pelo seu comportamento pessoal, teve que desligar pessoas que o apoiaram no Conselho de Saúde. As coisas que ele defendia como presidente de Conselho, fez justamente o oposto quando tornou-se gestor o que mostrou quais eram as suas verdadeiras intenções. (Marlene)*

Alguns meses após a entrada de técnicos que tinham um efetivo compromisso com o projeto da Reforma Sanitária nos cargos de gestão percebeu-se a falta de encaminhamentos dos projetos propostos por eles na Secretaria de Saúde de Campina Grande, o que redundou em frustração e desentendimento entre o gestor e as gerências.

Durante os primeiros meses dessa nova gestão a Rede de Apoio ao Saúde da Família e a Coordenação do Saúde da Família foram mantidas na sua formação original. No entanto enquanto se configuravam as prioridades deste governo, a Coordenação e a Rede de Apoio ao Saúde da Família foram distanciadas do processo decisório que antes lhes cabiam.

A relação com a gestão marcou paulatina perda desses atores do espaço de proposição, discussão e decisão nas condutas que diziam respeito especialmente ao Saúde da Família. Progressivamente, a Rede de Apoio e a Coordenação passaram a não ser convidadas ou convocadas a fazerem parte das reuniões e decisões da gestão:

*Hoje eu avalio que a coordenação foi mantida, de uma forma maquiavelicamente planejada para que se garantisse a tranquilidade dos profissionais até haver um descarte muito bem planejado, de forma a não haver grandes reações por parte dos trabalhadores. Porque o processo que a Rede viveu, dentro da secretaria, nos primeiros seis meses da gestão do novo secretário, foi um processo de “fritamento”, de escanteamento, de exclusão, de todas as discussões e decisões que foram estabelecidas nesse início de governo. (Sebastiana)*

Era um momento de início de governo, de reajuste, quando a Coordenação e a Rede de Apoio foram percebendo aos poucos o que se configurava na estrutura da Secretaria. Além de não participarem dos processos decisórios, foram compreendendo o desligamento de

companheiros que haviam sido convidados a participarem do governo. Num período inferior a seis meses de gerência, E.G. foi exonerado do posto que havia assumido e B.R. pediu desligamento do cargo de gerente da Vigilância Epidemiológica e demissão em caráter irrevogável do Saúde da Família de Campina Grande.

Estes episódios associados às tentativas frustradas da Rede de Apoio e Coordenação em retomar as discussões com o gestor, levou o grupo a retornar as Unidades de Saúde para assumir novamente as Equipes de Saúde da Família. A equipe formada através da reivindicação dos trabalhadores para compor a Coordenação e a Rede de Apoio ao Saúde da Família se rompeu. “Diante de tal fato, observado de perto pela categoria, a APSF resolve fazer um ato público protestando pela situação da Rede, que na verdade expressava a forma como o Saúde da Família era tratado no município” (CARNEIRO, 2008, p 72).

Neste ínterim outros atores foram assumindo os cargos da gestão que estavam disponíveis, reconstruindo outra configuração de Coordenação e da Rede de Apoio. Esta mudança é avaliada pelos colaboradores deste estudo:

*Hoje posso dizer que com a saída desse secretário e com a entrada da atual gestão veio o desencanto. Primeiro porque saiu toda a equipe competente da Secretaria e no lugar de profissionais que em 2004 tinham quase uma década de atuação no saúde da família em Campina Grande, foram trocados por pura politicagem, foram colocadas pessoas incompetentes que não tem nenhuma visão do que fosse Saúde Pública, SUS. (Dalva)*

*O desencanto com a entrada da nova gestão em 2005 se deu porque muita gente acreditou na falácia de um novo governo, nova proposta, novos caminhos. [...] E o que a gente viu foi o retorno da colocação de pessoas que eram amigas, ou conhecidas ou que tinham colaborado com a campanha sem necessariamente ter a bagagem técnica necessária para fazer o saúde da família, e realmente dar um crescimento que os profissionais do Saúde da família desejavam, quantitativo e qualitativo. (Marinalva)*

Avalia-se hoje que talvez a gestão não tenha exonerado os profissionais da Rede de Apoio para não acirrar os ânimos entre os profissionais do Saúde da Família e a própria Associação, numa possível estratégia de ganhar aproximação e confiabilidade da categoria.

*As discussões iniciais deste governo começaram de forma incipiente, leve, velada, e nós não éramos convidadas a participar, depois foi se escancarando, se abrindo aos poucos, mostrando claramente de forma até agressiva, grosseira mal educada, qual era o papel que nos cabia naquela gestão. Que não interessava a nossa participação, até que houve enfim a mudança da diretoria (Coordenação e Rede). Quando as coisas ficaram mais claras, quando foi explicitado, todas nós resolvemos sair da gestão, e voltamos para as UBSF. (Sebastiana)*

*Há quem diga que esse fato, essa saída, tem estreita relação com o projeto saúde da família, que esse governo queria pra Campina, É o que vemos hoje... De simplificação, de desqualificação do PSF. O discurso que ouvimos dessa gestão era que o PSF que conduzimos era o da nossa cabeça, que a gente atribuía ao PSF uma dimensão que não*

*existia. Na verdade a pressão para a nossa saída representou uma estratégia, uma rejeição a gente pensava e fazia. (Sebastiana)*

Estas mudanças se configuraram como apenas o início de mais um processo de desencanto, esmaecimento de utopias e adoecimento dos trabalhadores do PSF de Campina Grande. O afastamento deste grupo que detinha características técnicas e políticas para compor a Rede de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família foi avaliado por Carneiro (2008) da seguinte forma: mesmo mantido o nome de Rede, novas profissionais (nem sempre egressas das equipes) assumiram a função de gerentes, porém sem as características para a qual a rede original havia sido criada, perdeu a cultura avaliativa, esgarçou seu caráter político de vanguarda e de defesa do SUS e cedendo lugar apenas à responsabilidade burocrática das coordenadoras em cada Distrito Sanitário.

*Entrou uma equipe que não escutava os profissionais. Tratava-se de uma gestão que não respeitava a história que vinha sendo feita pelos profissionais que faziam o Saúde da Família. Esses profissionais foram transferidos sem respeito. Não houve nenhum envolvimento dos profissionais em seus processos de transferências. Foram transferidos conforme decisões que vinham de cima para baixo, onde não foram levados em conta os passos, a história, a visibilidade que a saúde de Campina Grande alcançou. Tratava-se de profissionais que conseguiram fazer uma nova mudança na história da saúde em Campina Grande. Eles não foram respeitados. Foram psicologicamente torturados, ameaçados... Não se viu respeito pelas suas palavras, por suas conquistas... (Antonia)*

Em 2006, após um ano de governo, a nova gestão decidiu que iria regularizar o vínculo de trabalho, até então precarizado, embora a contratação se desse através de carteira de trabalho ancorada pela CLT e assinada pelas Associações de Moradores das Comunidades onde havia Unidades de Saúde da Família. Tomando como base um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o Ministério Público do Trabalho e seguindo as orientações do Conselho Nacional de Saúde com o objetivo de regularizar o vínculo profissional através de concurso público para os trabalhadores do Saúde da Família.

Um dos aspectos centrais da Política de Saúde refere-se aos trabalhadores de saúde, que foram terceirizados nos anos 90. Nesta direção, algumas propostas têm sido defendidas e foram objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: como a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salário (PCCS) para o SUS; Educação Permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; desprecarização do trabalho; implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), aprovada como Política Nacional, por meio da Resolução nº 330, em 2004. O relatório da conferência, entretanto, não foi divulgado e as ações necessárias para a viabilização da política não foram efetivadas (BRAVO; MENEZES, 2008, p.20).



Para Lima e Moura (2005), uma das reivindicações seria a (improvável) contratação dos trabalhadores como funcionários públicos. As Organizações OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público) eram vistas como possibilidades de garantir os direitos previstos na CLT. Entretanto, algumas experiências com essas organizações foram problemáticas, como a de Fortaleza, no Ceará, implicada em processos de malversação de verbas.

As cooperativas eram descartadas pela dificuldade de serem administradas, pois envolvia todos os profissionais do PSF e dada a resistência e o desinteresse dos trabalhadores auto gerirem seu próprio trabalho, não seria exitosa. Em 2009, os Agentes Comunitários de Saúde de Campina Grande, após acordo com a prefeitura e pressão do movimento de Agentes Comunitários no Brasil, passaram a fazer parte do quadro de funcionários públicos do município, sem a necessidade de concurso público.

Segundo Bravo e Menezes (2008), a modalidade de contratação que atendia a princípios neoliberais implantados desde a década de noventa era motivo de questionamentos e discussões nos cenários nacionais e internacionais sobre Atenção Primária em Saúde e contratação de Recursos Humanos onde era deliberada como sendo contrária à administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das OSCIPs ou outros mecanismos com objetivos idênticos, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atentasse contra os princípios do SUS.

O prefeito V. V. assumiu um discurso de desprecarização dos trabalhadores da estratégia Saúde da Família, justificando que, desta forma, daria fim ao nepotismo na forma de contratação dos trabalhadores do setor Saúde.

Ramalho (2000) afirma que a flexibilidade nas relações de trabalho está vinculada à reestruturação econômica das últimas décadas e aos seus rebatimentos no emprego público com as mudanças no Estado. A flexibilização foi pensada para ser uma forma de adequação das relações de trabalho e organização da produção às novas tecnologias, assim como ao mercado de trabalho, salários e mobilidade dos trabalhadores. Por outro lado a precarização refere-se à degradação do trabalho sem considerar a possível valorização positiva que poderia ter um emprego “flexível”.

Ressaltamos que o ingresso dos trabalhadores do município de Campina Grande na Estratégia Saúde da Família se deu através de Processo de Seleção Simplificada de caráter público, contendo prova escrita, entrevista individual e análise de currículo. Essa avaliação simplificada foi utilizada desde o primeiro processo seletivo do município e no período de expansão que ocorreu em 2003, no governo petista. As comissões de seleção eram compostas por um representante do Conselho Municipal de Saúde, da Universidade Federal de Campina

Grande, da Associação dos Profissionais do Saúde da Família e da Coordenação Municipal do saúde da Família, o que pressupunha a idoneidade do processo.

Lima e Moura (2005) afirmam que o emprego público pode ser considerado uma das últimas trincheiras do emprego “fordista”, se o pensarmos enquanto relação de trabalho estável, com contratos por tempo indeterminado e direitos sociais dentro da perspectiva do chamado “Estado providência”. Para estes autores, o emprego público se revestiu da aura da estabilidade, sem desconsiderar sua heterogeneidade nos diversos níveis de governo. Os concursos públicos e as carreiras profissionais compõem o cenário de um mercado de trabalho protegido com direitos sociais diferenciais (comparativamente aos trabalhadores das empresas privadas), ao lado de contratos temporários que marcaram e marcam historicamente o serviço público: cargos de confiança, professores emergenciais, médicos, entre outros profissionais, vinculados a contextos específicos, gestões governamentais etc.

No entanto, o concurso público sempre esteve no horizonte, e os trabalhadores, quando temporários, pressionaram o poder público para ajustar sua situação no quadro do funcionalismo, seja por concurso, seja por “decretos” arranjados de forma clientelista.

Outro evento importante que contribuiu para a apresentação do TAC foi o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde realizado na Câmara dos Deputados Federais em Brasília, cujo tema foi “SUS – O presente e o futuro: avaliação do seu processo e construção”, no qual e foi lançada a “Carta de Brasília” (2005), reafirmando o compromisso com a Reforma Sanitária e a Seguridade Social, na qual se destacou:

- a) ·A definição de uma Política Nacional de Desenvolvimento;
- b) ·A defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal;
- c) ·**A defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS;**
- d) ·**A retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social, mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional 29;**
- e) ·**O cumprimento da Deliberação n° 001, de 10 de março de 2005 do Conselho Nacional de Saúde, contrária à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde;**
- f) ·**Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários;**
- g) ·**O estabelecimento de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o SUS de maneira descentralizada, sem a incidência dos atuais limites de gastos da Lei de Responsabilidade Fiscal;**

- h) ·Avançar na substituição progressiva do sistema de pagamento de serviços por um sistema de orçamento global integrado, alocando recursos baseados nas necessidades de saúde da população;
- i) ·Revisão da lógica de subsídio e isenções fiscais para operadores e prestadores privado de planos e seguros privados de saúde, redirecionando esses recursos para o sistema público de saúde;
- j) ·Avançar no debate do projeto de Lei que trata da Responsabilidade Sanitária no sentido de se retomar o cerne da discussão para a garantia do direito à saúde;
- k) ·Garantir a democratização do SUS, com o fortalecimento do controle social;**
- l) ·Definição de uma política industrial, tecnológica e de inovação em saúde e garantir assistência farmacêutica integral;
- m) ·Desenvolvimento de ações articuladas entre os Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) para a construção de soluções relativas aos impasses na implementação do SUS;
- n) ·Recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social (CARTA DE BRASÍLIA, 2005).

Em Campina Grande os trabalhadores do Saúde da Família tomaram conhecimento do concurso público pela imprensa municipal. Não houve nenhum tipo de informação oficial da gestão para a categoria. Surpreendidos com a notícia, os trabalhadores junto à Associação dos Profissionais de Saúde da Família, foram tentar mobilizar os profissionais que assumiram a luta em defesa de um concurso público de modo que ocorresse claro e idôneo e negasse a forma obscura e desrespeitosa com que foi apresentado aos trabalhadores.

Deste modo, iniciaram uma mediação com o Ministério Público e a gestão para negociar formas de valorização curricular dos trabalhadores na tentativa de garantir a permanência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família já inseridos no município e que possuíam capacitação para o serviço, justificando que a maioria já tinha um vínculo com as comunidades se tornassem critérios de avaliação e pontuação para o concurso público.

A desprecarização do vínculo não era um discurso recorrente na pauta das reivindicações da categoria. Os trabalhadores eram favoráveis ao concurso, e achavam necessário para regularizar a situação precarizada em que se encontravam desde o início do Saúde da Família. Porém o modo como foi apresentado, somado às características negativas desse governo, favoreceram o medo do desemprego e da falta de seriedade no concurso. Acima de tudo, acreditavam na capacidade de negociação que haveria entre a gestão e trabalhadores.

*A gente tentou estabelecer um diálogo com a gestão e o que vivenciamos foram vários golpes contra os profissionais; de tentar discutir a necessidade de haver um concurso público e os gestores nos disseram claramente, dando risadinha irônica, que era impossível isso acontecer e um mês depois eles estavam assinando um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) onde demitiam todos os profissionais, sem fazer nenhuma discussão com eles, com a Associação do PSF... nada! Então simplesmente demitiram... (Marinalva)*

Antes do concurso houve um processo de demissão “em massa” dos trabalhadores. Todos foram convocados pela Secretaria para dar baixa nas carteiras de trabalho assinadas pelas Associações dos Moradores dos bairros onde trabalhavam. Este fato tampouco foi discutido com a Associação dos Profissionais do Saúde da Família. A gestão argumentou e comprovou, pelo Procurador do Município, que o convênio celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Associações de Moradores dos Bairros era de contratos irregulares e que, por isso, não pagaria a multa rescisória e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Ressaltamos que a contratação dos trabalhadores feita com a carteira assinada é regulada pela CLT, oferecendo uma “certa” estabilidade aos profissionais. Que diante de outras formas de contratação na maioria dos municípios do estado e do país, garantia a seguridade social a qual esta forma de contratação prescinde. Este desrespeito prejudicou os trabalhadores e gerou mais indignação e tensão entre a gestão e a categoria.

Segundo Prieb (2005) o que está ocorrendo, na realidade, não é uma diminuição do trabalho ou de sua importância no processo de criação de riqueza capitalista, mas uma precarização do trabalho, que passa cada vez mais a conhecer o aumento da exploração facilmente verificada pela ascensão no mundo tanto do trabalho parcial e temporário como no do informal.

*Essa gestão foi totalmente desrespeitosa com os profissionais desde a forma como conduziu a questão do TAC, do Termo de Ajuste de Conduta, como conduziu o processo de uma bandeira importante que era o Concurso para dar estabilidade; mas tudo foi conduzido de acordo com quem estava na frente. Uma coisa que poderia ter sido boa aconteceu de uma forma muito dolorosa... Eu bato nesta tecla... O processo de concurso público que houve, não é uma questão de Campina Grande, ele tem reflexo nacional, de uma política de recursos humanos, mas a condução como foi feita aqui foi extremamente cruel! Porque não levou em consideração nenhum pré-requisito que pelo menos melhorasse a auto-estima dos profissionais, que no mínimo valorizaria profissionais que estavam a tanto tempo de trabalho se dedicando a construção do Saúde da Família...(Lindomar)*

*O desencanto maior com a entrada da nova gestão em 2005 se deu com relação à condução que foi dada ao concurso para profissionais. Não que eu fosse contra o concurso, pelo contrário! Eu acho que era necessário para efetivação dos profissionais que tinham uma contratação terceirizada. Mas houve uma desarticulação das equipes e falta de clareza da gestão com a Associação. E piorou depois do concurso, porque onde havia um excelente entrosamento entre equipe e com a comunidade, a gestão transferiu e desmanchou as equipes que já eram formadas,*

*levando estes profissionais a terem algumas dificuldades em conduzir os trabalhos como antes, por terem em sua novas equipes profissionais com visão diferente com relação à condução do trabalho, criando dificuldades de entrosamento. (Joana)*

Pequeno (2006) avalia que este processo de negociações, para atender as exigências do TAC no âmbito nacional, vem se constituindo com a participação dos trabalhadores através das Mesas de Negociação Permanente do SUS, e da instalação dos Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS. Em Campina Grande, porém, “a decisão de mudança de vínculo foi tomada de forma unilateral e autoritária pela gestão, em um processo extremamente traumático para os trabalhadores, pela forma como foi conduzido” (PEQUENO, 2006, p.55).

*Esta gestão nos desrespeitou muito, inclusive porque até o um direito elementar que nós tínhamos que não tinha nenhum ônus para eles, mostra como foi perseguidora, que até o nosso Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que é a nossa poupança, que estava depositado na Caixa Econômica Federal. Nós tivemos que botar um advogado pra poder ter o nosso direito. Um direito total do trabalhador, onde não iriam tirar um tostão do seu bolso... Então chega a ser uma coisa “crudelíssima” e por aí já se mostra como foi essa gestão. (Lindomar)*

*Ela não respeita os direitos dos cidadãos e não respeitou os direitos dos profissionais que estavam há mais de dez anos no saúde da família. (Antonia)*

Carvalho (2008) afirmou em seu estudo que a insatisfação dos profissionais não se devia à realização do concurso e sim a forma como foi conduzido o processo pela atual gestão, motivado, claramente, por perseguições políticas. O discurso de desprecarizar os trabalhadores se tornou inócuo visto que outros serviços de saúde do município continuaram precarizados, a exemplo da rede de Saúde Mental e do SAMU. A “desprecarização” se deu apenas no Saúde da Família.

Os argumentos utilizados pela gestão reforçaram um sentido de responsabilização e punição nos trabalhadores, que não optaram por esta forma de contratação precarizada e, foram vítimas deste acordo.

Ressaltamos que os vínculos trabalhistas inseguros nunca foram empecilhos para o compromisso que estes trabalhadores tiveram com a Estratégia Saúde da Família e o SUS, desde a sua implantação até os dias atuais. A despeito das experiências exitosas no país, Campina Grande mostrou um diferencial quando recebeu premiações<sup>10</sup> do Ministério da

---

<sup>10</sup> A Estratégia Saúde da Família de Campina Grande recebeu premiações a nível nacional em reconhecimento como uma das dez experiências exitosas no Brasil, contribuindo com o impacto no perfil epidemiológico nas comunidades onde trabalhavam, mudando indicadores de qualidade de vida e saúde (BRASIL, 1999). Ganhou ainda uma premiação como experiência de uma das equipes pioneiras em 2008 um premio com uma das experiências na área de Saúde Mental.

Saúde: o mérito era dos trabalhadores da estratégia, e não compromisso da gestão. (BRASIL, 1999; 2008).

Os trabalhadores do Saúde da Família se depararam repentinamente com o concurso público, que representava a insegurança com sua estabilidade no trabalho, a concorrência acirrada e o dever de se manterem atuando nas UBSFs, com uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais os profissionais não dispunham de tempo para se dedicar aos estudos e enfrentaram o concurso. Assim passaram a conviver com a ameaça do desemprego. Esta situação acirrou sobremaneira os ânimos da categoria o que redundou em um processo de adoecimento dos trabalhadores.

*Você já vê um grande número de adoecimento de profissionais. E termina que a crise se estoura por ai. Quando a crise consegue politizar melhor ai pode haver outros ganhos... Se você perguntar: 'E os problemas são diferentes?' Não. Eles não são diferentes. São até sentidos de formas diferente porque existem. São conjunturais e estruturais, porém acho que a grande diferença também é a forma das expectativas que a gente traz e da própria utopia.(...) Então, quem foi militante, quem se dedicou, quem construiu a vida toda chega um belo dia que está todo mundo desempregado e vão se submeter a um concurso e aí o resultado é o que todo mundo já assistiu na imprensa, em todo lugar... O índice de aproveitamento dos profissionais que já trabalhava no PSF, não chega nem a 20%. Isso causou muita dor causou muito sofrimento, porque lidar com o desemprego de pessoas que a vida inteira só sabia fazer saúde da família, olhar pra um canto e pra outro e está desempregado... Foi muito doloroso. Então eu acho que essa foi uma política totalmente desrespeitosa e que há pecado das três instâncias de governo estado, município e governo federal. (Lindomar)*

O concurso público para o Saúde da Família ocorreu em maio de 2005, após três meses da demissão geral. Todos os que permaneceram estavam vinculados a contrato especial e precarizado de prestação de serviços. Em julho deste mesmo ano, começaram a ser convocados os profissionais classificados no concurso.

Enfatizamos a perda significativa de trabalhadores já inseridos na estratégia e, portanto e que haviam construído vínculos, e tinham sido capacitados nos vários treinamentos oferecidos na gestão anterior. Deste modo podemos constatar que dos profissionais das cinco equipes pioneiras, 80% dos médicos, 20% dos enfermeiros, 80% dos auxiliares de enfermagem deixaram de atuar no PSF de Campina Grande.

Neste ano alguns médicos pioneiros saíram da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, não apenas em razão da não aprovação no concurso público, mas também por divergências técnicas e políticas em relação à concepção do trabalho. Segundo Lucena (2004), a desestruturação do mercado de trabalho afetou milhões de pessoas. As condições e relações de trabalho deterioraram-se, tornando-se crescentemente informais e precárias, com trabalhos e salários descontínuos e de curta duração.

*O desencanto é porque essa atual gestão que está aí desde 2005, ela não veio para somar com o Saúde da Família. Ela veio para destruir o Saúde da Família. Ela veio para acabar com sonhos, compromissos de profissionais competentes com a causa e com perfil para o saúde da família. Então a atual gestão ela não teve respeito com uma história de um atendimento de qualidade, uma história de uma saúde preocupada com qualidade de vida dos usuários, uma saúde que se constrói com o povo e não uma saúde de autoritarismo. (Antonia)*

Neste período, houve a expansão do PSF no município de 36% para 75% de cobertura populacional. Entretanto sem valorização do que se exigia de um perfil profissional adequado, tampouco da cultura de conhecimento acumulado sobre este trabalho, gerando um desmantelamento da rede de trabalhadores antes constituída, desarticulação da categoria, desestímulo, conflitos entre o construído e o que estava e está posto.

*A gestão atual tem o discurso que transformou o PSF em modelo de atenção porque ampliou a cobertura. Eu acho que existe um equívoco tremendo! Porque não é a cobertura que faz o PSF ser um modelo de atenção. (Sebastiana)*

Azevedo (2007) afirma que a expansão do PSF vem se consolidando, sendo, objeto de ampla discussão nas Conferências Municipais de Saúde. Entretanto, a ampliação das equipes não tem sido suficiente quando chega a se constituir num grande problema para os níveis superiores da hierarquia assistencial, no caso da não ampliação concomitante da rede de média e alta complexidade. Há de se resgatar aspectos relativos ao princípio da integralidade da assistência, tal como as leis e normatizações relacionadas à saúde ou ainda o que preconiza a organização de um sistema de referência e contra-referência, que estruturado de modo sistêmico, atrelado a políticas de integração regional.

A expansão das Equipes de Saúde da Família não vem acompanhada da extensão da rede de média e alta complexidade, levando a uma situação limítrofe para os usuários em especial no sentido de diminuir cujos problemas de saúde requerem não só a Atenção primária mas outros níveis de atenção o que redundando em um distanciamento maior entre a assistência prestada no PSF e aquela disponível nos serviços de maior complexidade assistencial.

Outro aspecto fundamental na condução do Saúde da família refere-se as políticas de formação de recursos humanos para esta estratégia. Segundo Paim (2001), a constituição de sujeitos comprometidos com a vida e a saúde dos cidadãos e protagonistas de um projeto radical de Reforma Sanitária representaria uma missão a ser melhor compreendida para não resultar em equívocos e frustrações. Um governo responsável, formula uma política ousada como aquela referente à expansão do PSF, precisaria explicitar mecanismos indutores de apoio às mudanças nas instituições educativas, entre os quais o financiamento dos programas, projetos e atividades (PAIM, 2001).

Para Bourguignon et al. (2003), o regime jurídico único previsto na Constituição de 1988 não se efetivou e passou a coexistir com diferentes políticas de regulamentação de força de trabalho, evidenciando a precarização dos recursos humanos. Como exemplo, destacamos as diferentes formas de relação de trabalho encontradas na Estratégia Saúde da Família: trabalhadores com vínculos estatutários, com contratos via ONG, por tempo determinado e prestadores autônomos de serviços se mesclam, dificultando a construção e atuação desenvolvimento de ações que envolvam o aspecto curativo, de promoção e proteção à saúde.

Essa concepção burocratizante é falha, pois, na complexidade do campo da saúde, não considera aspectos como Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), o que acaba desestimulando os profissionais a ter um envolvimento maior no seu setor de trabalho, redundando em desmotivação e evasão de quadros importantes no serviço público. A política de recursos humanos no governo favoreceu o quadro de precarização e o Ministério da Saúde omitiu-se no momento em que houve esta condução de concurso público.

*Não é brincadeira, mas eu acho criminosa a política de recursos humanos do Saúde da Família. Nós assistimos a precarização, assistimos o desrespeito, assistimos profissionais que a vida toda se dedicaram onze, catorze anos ao Saúde da Família e um belo dia são todos exonerados, demitidos e que foram se submeter a um concurso, cujo tempo de trabalho, de experiência, não entra com peso para quem já estava há muito tempo na prática... concurso esse que não deu tempo aos profissionais de se prepararem e o resultado é o que qualquer um podia prever... Não houve aproveitamento da maioria dos profissionais que já atuava no Saúde da Família e o processo foi totalmente desumano. (Lindomar)*

No que tange ao estímulo à capacitação dos profissionais, ressaltamos que se passaram dois anos da realização do concurso para a gestão promover o curso introdutório. A prioridade era de aumentar, a qualquer custo, os atendimentos, resultando em uma expansão do número de equipes. A capacitação para o serviço e a condução do processo de trabalho, foram relegados a segundo plano.

*E dessa forma pudesse ser implantando um projeto reduzido de saúde da família, que é o que existe hoje. Um projeto que basta ampliar a cobertura. Basta colocar médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde; que não se precisa qualificar, como foi o discurso do diretor da Atenção Básica quando a gente questionou que os profissionais estavam sendo introduzidos no trabalho sem nenhum tipo de treinamento. Em todas as etapas de implantação operadas por essa gestão atual os profissionais são jogados nas unidades sem nenhum tipo de orientação. A maioria dos profissionais quando tem experiência no saúde da família vem dos municípios do interior, que a gente sabe que é esse modelo reduzido do saúde da família. Então vem reproduzir práticas equivocadas que faziam em outros lugares. Outros profissionais recém formados, sem nenhum tipo de experiência no SUS, muito menos em saúde da família, são jogados nas unidades pra começar um trabalho, sem nenhum tipo de orientação, de preparo. Na opinião do diretor da Atenção Básica (SMS-CG), qualquer médico é capaz de fazer o trabalho do saúde da família, não se exige uma capacitação específica pra isso. (Lindomar)*



Uma situação maior de desencanto foi relatada por alguns profissionais que se sentiram perseguidos após a realização do concurso público. Um dos princípios do Saúde da Família defende a criação de vínculos e humanização, ou seja “valorizar a relação com o usuário e com a família, para a construção de vínculo de confiança, de afeto, de respeito”. (BRASIL, 2001). Esta relação é edificada na vivência e no conhecimento estabelecido entre trabalhadores e usuários quando reconhecem o domicílio, a comunidade e as relações dinamizadas no espaço social onde vivem, trabalham, adoecem e morrem.

O vínculo se dá pelo acúmulo de saberes. É consequência de uma cultura apreendida por cada trabalhador em seu espaço de trabalho, sendo intransferível de profissional para outro. Cada um que se apropria da vida daquela determinada pessoa e daquela comunidade é único em seu próprio saber. A gestão não reconheceu este princípio do Saúde da Família, quando, após o concurso, realocou profissionais veteranos no Saúde da Família em áreas distintas das que já trabalhavam, onde tinham construído estes vínculos.

O profissional de saúde não deve ser tratado como insumo, pelo seu caráter ‘insubstituível’, sob pena de se manter uma visão distorcida, pois, segundo nos coloca Mishima et al. (2003), recursos humanos não são máquinas, instrumentos duros, vazios de desejos, são ‘gente’, vivenciam um trabalho repleto de paradoxos, imprevisibilidade e conflitos, vivenciando no cotidiano a complexidade do processo saúde-doença.

*Quando nos apresentamos para tomar posse após o concurso público de 2006, a gestão colocou as pessoas nas unidades determinadas pelos critérios que eles queriam e alguns profissionais que já trabalhavam, há doze anos em uma unidade no bairro do Pedregal, inclusive eu, queria continuar lá, apesar de ser uma comunidade difícil, onde a violência é muito grande, onde a droga está presente. Mas, eu já conhecia, acompanhava e tinha a credibilidade e o compromisso com a comunidade, queria continuar lá, minha casa é no bairro vizinho, eu sabia que o que estava fazendo ali dava mais retorno, porque existia uma confiança mútua da comunidade com a equipe.[...]Tinha quatro unidades de saúde perto da minha casa e eu não fiquei em nenhuma delas, porque para eles seria uma punição me colocar numa UBSF, que fosse distante, que eu não conhecesse nada, nem ninguém. (Marinalva)*

*Esses profissionais foram transferidos de áreas que estavam trabalhando para outras áreas diferente. Faziam com que você quebrasse todo um vínculo de confiança que o profissional criou ao longo do tempo com o usuário e a comunidade. Quando se mudava para outra equipe, outro bairro, era o mesmo que estar começando um novo trabalho do zero, não se deu continuidade ao vínculo, os laços de afetividade, de acolhimento, que já tinham sido construídos há muito tempo, trabalhar onde já existe o diagnóstico daquela área que você já conhece, saber das necessidades da população. É quando você vai para outro bairro, perde esse vínculo e toda uma história que já tinha sido construída. É como se você tivesse paralisado para poder recomeçar uma outra história. (Rita)*

Sobre a construção de vínculos nas comunidades, esta gestão manteve um caráter de perseguição e de quebra dos vínculos já construídos:

*Isto também foi feito para tentar desmobilizar a comunidade [...]. E eles não levaram isso em consideração, apenas desmantelaram as equipes para diminuir o que achavam que era um poder político nocivo pra eles, e esta foi uma perda que caracteriza muito bem qual é o norteamento desta gestão: é a desmobilização política séria, comprometida, com a ética, com a moral de todas as formas. (Marinalva)*

*Então essa gestão foi extremamente despolitizada em termos de compreensão do que é o Saúde da família, da estratégia importante como política pública. Ela conseguiu tirar conquistas importantes, inclusive ferindo os princípios do SF. Por exemplo: desmobilizar, pulverizar profissionais que conseguiram ficar depois do concurso público, onde já tinham profissionais que carregaram todo um histórico de vínculo que é um princípio importantíssimo do saúde da família, profissionais que já estavam numa unidade há dez, doze, oito anos, ou até mais tempo. Fundadores do PSF que se mantinham na mesma unidade e essa gestão sem nenhuma justificativa, num ato extremamente irracional conseguiu transferir. (Lindomar)*

Os sentimentos de desgaste e desrespeito para com os trabalhadores que construíram uma referência de Estratégia Saúde da Família reconhecida em todo o país junto à condução política e administrativa voltada para os recursos humanos, nesta gestão foram percebidos como retrocesso pelos colaboradores.

*Outra coisa de retrocesso que reflete a compreensão política que nós tivemos foi quando essa gestão retira e consegue desmobilizar e tirar do quadro uma conquista e um avanço importante que nós tínhamos que foi a inserção do assistente social no Saúde da Família, que era um ineditismo que Campina Grande. [...] Então neste retrocesso a gestão deixa claro como compreende, porque ao retirar o assistente social conota o que este profissional representa toda uma mudança no paradigma de saúde, como direito, como qualidade de vida, como uma conquista, direito de um cidadão. Este profissional que defende a saúde nestes termos e a formação do usuário como um construtor da sua história. (Lindomar)*

O concurso público no Saúde da Família abriu 23 vagas, para assistente social, porém após o concurso apenas onze foram contratadas. A gestão justificou o reduzido número de contratados afirmando ser esse o número necessário para a demanda de saúde do município. Chamamos a atenção para o fato de diversas equipes não contarem com tais profissionais em sua composição, já que, atualmente, existem 90 equipes e apenas 11 assistentes sociais.

Num contexto de expansão significativa do número de equipes de Saúde da Família, esta situação representou sobrecarga de trabalho para os assistentes sociais, acentuando a precarização e comprometendo a qualidade da assistência prestada pelas equipes. As relações entre trabalhadores e usuários passam a ser desgastantes pois estes não compreendem porque o assistente social nunca está na UBSF. Esse fato mostra principalmente a falta de compreensão da gestão que num princípio minimizador de ESF, não priorizou esta conquista no município.

Corroborando com Silva (2009) para quem o Saúde da Família se configurou como um importante espaço sócio-ocupacional do assistente social. Esta autora afirma que esse processo repercutiu diretamente na atuação dos assistentes sociais, ao conseguirem através de lutas assegurar sua inclusão no concurso público. Porém, embora oficialmente exista o cargo

no quadro da SF, essa inserção aparece como “secundária” ou “periférica”, especialmente por conta das condições de trabalho nas quais as profissionais estão inseridas: sem respaldo da gestão, com sobrecarga de equipes, sem sala para atendimento individual e suporte material para o desenvolvimento das atividades.

*Falta médico nas equipes, faltam outros profissionais, eles não valorizam outros profissionais na equipe porque estão querendo só mais a medicalização mesmo, só querem uma equipe mínima; se tiver o médico, o enfermeiro e o auxiliar, para eles já está bom! Não precisa mais de outros. Deu remédio e o paciente vai embora! Não existe mais a questão da educação em saúde, os grupos organizados, não existe mais Conselho de Saúde, não se tem mais associação do PSF, não tem mais uma população que lute por isso. (Rita)*

Outra grande conquista que vem se esvaindo nas propostas do SUS relaciona-se à formação de Conselhos Locais de Saúde. Embora tenham sido articulados desde os primeiros anos da Estratégia no município, na atual gestão não há priorização desta atividade desenvolvida nas comunidades pelas equipes.

*A maioria dos Conselhos Locais de Saúde foi desativado porque não há interesse da gestão em manter essa discussão com a população. Controle social é uma palavra que deve ser desconhecida por um grande número de profissionais. No começo dessa gestão algumas equipes reivindicaram a manutenção da reunião do conselho, e foi dito pela gerência do Saúde da Família, que apenas uma profissional da equipe poderia participar, os demais deveriam ficar nas Unidades trabalhando. Ou seja, a Secretaria nem permite, nem possibilita que os profissionais continuem as atividades que caracterizam o Saúde da Família como um modelo de atenção diferente, transformador do modelo tradicional. (Sebastiana)*

Uma perda de processo de trabalho e organização decorreu de gestão não mais propiciar encontros entre profissionais, em reuniões de avaliação, treinamentos ou atividades da Associação dos Profissionais após o concurso. Os encontros que ocorriam antes desta gestão eram reuniões administrativas com a Coordenação, treinamentos, ou Assembléias da Associação dos profissionais de Saúde da Família. Além de momentos de aprendizado, eram ocasiões nas quais os trabalhadores se articulavam politicamente, e ainda trocavam ideias sobre o funcionamento do PSF.

*Encontros entre profissionais, mensais ou trimestrais, promovidos pela coordenação do PSF, que eram extremamente ricos para trocas de experiências, o apoio mútuo, a discussão do processo de trabalho que faz parte da história do PSF de Campina, hoje inexistem. Então os profissionais raramente tem oportunidade de se encontrar, os treinamentos são setoriais, por categoria profissional, quando acontecem... Enfim é essa a situação... (Sebastiana)*

*As atividades de monitoramento e avaliação dos indicadores alcançados, e as estratégias utilizadas pelas equipes, as dificuldades encontradas para alterar tais indicadores, que aconteciam e onde vivenciamos experiências riquíssimas nessa área, hoje inexistem... Uma “rede” de atenção a saúde da família extremamente desqualificada, composta por profissionais que nunca trabalharam no SUS, são as pessoas que atualmente fazem os acompanhamentos das equipes. A supervisão que*

*existe, aquela tradicional, feita com o objetivo de levantar necessidades materiais do trabalho. Discussão do processo de trabalho não existe. (Sebastiana)*

A estratégia Saúde da Família em Campina Grande havia há muito rompido com um processo de avaliação inquisitivo. Entretanto foi a ausência de processos de supervisão e avaliação das atividades desenvolvidas pelas ESF com o intuito de construção e crescimento instalou-se neste período. As novas gerentes de distrito assumiram um papel de perseguição, fiscalização e punição que há muito não se via no município.

*Infelizmente com essa nova gestão a relação estabelecida com as equipes foi de autoritarismo, as lideranças comunitárias nos bairros, foram caladas porque a equipe que dá apoio, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, vigilante virou um cabide de emprego. Então isso pra gente foi uma queda; porque antes a gente tinha o cuidado de estar colocando nas equipes de apoio, pessoas que tivessem um perfil compatível com o trabalho a desempenhar. O que não aconteceu com esta nova gestão. (Marinalva)*

O novo perfil de gestão e gerência configurado é pautado pela “fiscalização dos profissionais”, pelo desincentivo a criação dos espaços democráticos de controle social e pelo aumento do número de atendimentos sem qualitativo. Um modelo de gestão vertical que desconsidera a participação popular, os processos de educação permanente e as práticas integrativas, bem como a prática interdisciplinar...

Esta prática persecutória refletiu negativamente na postura dos trabalhadores. É necessário ressaltar que os novos profissionais inseridos na estratégia após o concurso não vinham de um histórico de luta e enfrentamentos. Percebemos, hoje a desmobilização da sociedade refletindo-se no movimento e na defesa das utopias dos trabalhadores de Campina Grande.

Lima e Moura (2005) afirmam que as “culturas profissionais” dos médicos e enfermeiros podem explicar o pouco desenvolvimento de alguns profissionais. São culturas constituídas pela formação curativa, de consultório ou de hospital dos profissionais, que mantêm pouco contato com as comunidades ou ainda os médicos, por manterem diversos empregos para aumentar a renda, contribuem para a descaracterização da Estratégia Saúde da Família.

Santos (2009), reitera que não houve potência suficiente para a continuidade ou extensão da reforma do Estado ‘SUS’ à rede prestadora de serviços: o subfinanciamento, a pulverização dos recursos federais em dezenas de fragmentos, negociados um a um com os Estados e Municípios, o largo predomínio do pagamento dos serviços por produção e com valores abaixo dos custos operacionais, a desastrosa precarização da gestão dos

trabalhadores de saúde incluindo o festival de terceirizações, têm sido desde a década de 1990, os grandes indutores do perfil da oferta de serviços.

*Os profissionais não mais questionavam, não reivindicavam, porque era como se fosse uma afronta, uma rixa à gestão. Se você reivindicasse seu espaço e a gestão se sentia ofendida, como é que esse entendimento poderia melhorar? Como o PSF poderia caminhar? Então houve um retrocesso muito grande com essa concepção. Muitos profissionais saíram do PSF com a seleção e mesmo sem ela, outros foram demitidos quando eram suspeitos de que não eram compatíveis com a ideologia desta gestão. Esses profissionais saíram... Houve uma grande perseguição com os profissionais, o que fez muito mal para os profissionais que estavam contribuindo e construindo o PSF. (Rita)*

O processo de avaliação a que estratégia Saúde da Família deve se submeter é, hoje, tarefa primordial para todos os envolvidos no debate sobre as perspectivas da consolidação deste programa. Para Medina e Aquino (2002), a avaliação como prática social e campo de conhecimento e produção de saberes tem papel essencial no debate atual sobre as características da instalação do PSF no Brasil, bem como de sua capacidade de ser uma estratégia de reorientação do sistema de saúde, a partir da reorganização da atenção básica, pautada na melhoria da qualidade de vida e da promoção da saúde da população. Deste modo, torna-se urgente a necessidade de redimensionar os sujeitos/objetos da avaliação.

Bravo e Meneses (2008) reiteram que o movimento sanitário, formulador do projeto da Reforma Sanitária e do SUS, ficou em posição defensiva durante a década de 1990, apenas resistindo aos ataques ao SUS. Esta postura avigora o posicionamento político dos trabalhadores do PSF de Campina Grande que, por terem este entendimento de reforçarem a defesa intransigente do SUS e mantiveram sua defesa, mesmo a despeito de estarem inseridos numa contratação precarizada, ou até agindo como ONG para fazer o projeto avançar.

*Até hoje, nós não temos nenhuma mudança significativa politicamente, em termos de gestão. Campina Grande teve só alternância de poder, só! Não tivemos uma gestão, que se diga democrática, de alguém que chegou perto da classe trabalhadora, de tradição de luta, de participação democrática, um espaço aberto. Campina Grande continua a mesma cidade, é dominada e mandada por prefeituras e pessoas que tem um compromisso com o atraso, com grupos políticos, que não tem a prática democrática. (Lindomar)*

Paim (2009) reflete que ainda nos deparamos com obstáculos identificados há quase duas décadas, tais como: clientelismo político; fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiências no suprimento de insumos; entre outros, e indaga: o que fazer para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde de todos os brasileiros? Vinte anos atrás teríamos muitas dificuldades.

As reflexões que hoje fazemos apontam para um série de obstáculos encontrados na construção deste projeto, mas por outro lado, reforçam cada vez mais a necessidade de se implantar sistemas de saúde mais igualitários e próximos dos princípios defendidos desde o movimento da Reforma Sanitária.

Lima e Moura (2005) referendam que a equação “neoliberalismo + focalização + perda de mecanismo de inclusão” não é linear, pois em países com grande heterogeneidade social focalizar a pobreza pode ser uma forma de inclusão. No Brasil, a despeito da heterogeneidade, a focalização pode ser vista como forma de universalização. Nesta linha de argumentação, as políticas de saúde conseguem empreender uma maior universalização de cobertura, invertendo de certa forma o caráter perverso da exclusão por uma focalização com discriminação “positiva” (opção pelos excluídos, pelos de maior risco social etc.), embora em patamares mínimos de equidade.

*No entanto 15 anos de PSF não chegou ainda a mudar realmente o quadro de morbidade, de reduzir a atenção curativa, muito pelo contrário. Como o Saúde da Família perdeu muito em sua qualidade com passar dos anos, com as mudanças de gestão, eu acho que esse quadro está voltando. Eu acredito que esteja nesse nível, embora que com todas as gestões pelas quais passamos os problemas são quase de todos os mesmos. O que mudava era muito pouco: era a prioridade que se dava ao Saúde da Família, ao entendimento da proposta e aí poderia avançar em alguns pontos. (Marlene)*

Sousa e Hamann (2009) compreendem a questão da focalização ou da universalização, o princípio ético básico que consiste em garantir a todos os cidadãos, independentemente de gênero, etnia, nível de renda, vinculação de trabalho ou nível de risco, os direitos sociais fundamentais, em quantidade e qualidade compatíveis com o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Afirmam ainda que a universalização não é contrária ao estabelecimento de critérios de seletividade ou focalização, mas devem estar subordinadas a uma política geral de universalização. Assim, mesmo a seletividade pode ser utilizada como um instrumento de política social, mas não pode converter-se na política social, porque nesse caso estaria quebrando o princípio da universalização.

Esse cenário fez com que alguns autores considerados importantes no movimento sanitário brasileiro julgassem ser o PSF um programa pontual, “pacote básico” de assistência à saúde, cujas bases se sustentavam em um projeto-piloto centrado no médico, direcionadas à clientela específica e focalizado em regiões pobres.

Abrantes (2008) adverte que, em virtude das mudanças na forma de condução da política de saúde, aliadas às desmobilizações dos (as) trabalhadores da Saúde da Família e dos próprios usuários, a trajetória da estratégia no município de Campina Grande vem sofrendo

diversos retrocessos, principalmente nos elementos *inovadores* do modelo: a intersetorialidade, o controle social e o trabalho de educação em saúde.

Segundo Paim (2009) mais do que limites e ambigüidades, essa situação solicita novas reflexões teóricas, novas pesquisas e, possivelmente, distintas formas de prática política. Para este autor quando o ‘movimento’ da Reforma Sanitária reduziu-se ao ‘sistema’ (SUS), acabou se limitando a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário.

O instituído dominou o instituinte (Faleiros; Silva; Vasconcellos; Silveira, apud PAIM, 2009, p. 36) e a dialética do menos pior continuou imperando (Teixeira; Paim, 2005). Conseqüentemente, as relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças, problemas e necessidades de saúde perderam seu espaço apesar dos esforços para se construir os distritos sanitários, da territorialização e dos modelos de atenção voltados para a diretriz da integralidade (PAIM 2009).

A dificuldade em atingir os princípios do SUS não ocorre somente em Campina Grande. Os desafios percorrem todo o país. Entretanto o não cumprimento destes aspectos concorre para mais desgastes dos trabalhadores da Estratégia SF que acreditam e defendem tais princípios. Identificamos as reflexões da sobrecarga de trabalho e de articulação política que os discursos seguintes apontam:

*Nós sempre tivemos uma tarefa “Hercúlea” de vender o próprio peixe para a gestão. A gente sempre conflitou até então com todas as gestões porque a compreensão da gestão está sempre aquém da compreensão da nossa militância, enquanto defensora enquanto idealistas enquanto pessoas que defendem a construção do SUS, como projeto de vida, como construção social que passa por acesso universal, por humanização, por democratização, então sim esses conflitos são perenes na nossa vida, na nossa militância.[...] O grande problema é que o Saúde da Família sofre com o limite “da mediocridade de uma gestão!” Então, se a gente realmente conseguisse fazer do Saúde da Família uma estratégia de estruturar o Sistema Único de Saúde, como porta de entrada da Atenção Básica, com reais condições de infra-estrutura física, sistema hierarquizado, medicamentos e insumos à mão, decisão do gestor para promover os princípios do SUS, demais níveis de complexidade voltados para a otimização da estratégia saúde da família, aí eu digo que a gente não conseguiu, esse foi o grande “nó”, o grande ponto de estrangulamento, o Saúde da Família não conseguiu avançar em termos de estruturar o SUS. A gente não passa de uma “organização da Atenção Básica”, não passa de um gargalo que estrangulou. (Lindomar)*

Encontramos ressonância em Santos (2009), quando afirma que os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se na angústia de atender os sofrimentos e urgências de ‘hoje e ontem’, e desta forma são obrigados a reprimir demandas, sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos.

Estes depoimentos nos levam a percepção do desencanto, ou do arrefecimento das utopias. O grupo passa a pontuar onde estão os principais obstáculos para estruturar o SUS:

*Minha impressão sobre o PSF em Campina Grande é o que a gente observou nessa gestão atual, que está no seu segundo mandato, é que parece que veio com o propósito de virar o Saúde da Família pelo avesso. [...] Não sei se no seu imaginário achava que todos os profissionais tinham ligações partidárias com as gestões anteriores. Mas parece que chegou para fazer tudo diferente do que tinha sido feito sem olhar a história do PSF, o seu passado, todos os benefícios que havia gerado. (Marlene)*

*O SUS hoje já está adulto e não mudou muita coisa com relação ao passado. (Marilene)*

*E aí alguns teóricos que estão pensando o Saúde da Família, afirmam que ele vive um processo “antropofágico” e eu concordo! Nós somos canibais de nós mesmos... Nós vivemos hoje no Saúde da Família, uma grande crise, e você pode ver a tradução, a leitura dessa crise entre profissionais e profissionais. É realmente o do “salve-se quem puder!”. Você vê a questão do médico que não está envolvido, é a questão da enfermagem que ocupa um espaço importante dentro do Saúde da Família, a própria odontologia, mas que a gente não consegue politizar essa crise, porque... porque dói no seu “couro”, dói na sua pele, dói no seu sono, na sua qualidade de vida. (...) A utopia também quando ela começa a cair a enfraquecer, você olha pra um canto e pra outro e vê que o que se construiu ainda não era o que estava sonhando e que você ainda tem grandes problemas a enfrentar para materializar esse sonho. (Lindomar)*

As demandas provocadas pela Saúde da Família solicitam, em curto prazo, grandes transformações na atuação profissional em relação aos conteúdos das tarefas, às normas e padrões estabelecidos, à atribuição de competências, à integração das atividades que compõem o conjunto das ações e às relações hierárquicas e interpessoais. Portanto, representam enorme desafio para uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS), contando, quando ampliada, com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dentária. Desafio que envolve, simultaneamente, os significados e valores constitutivos das práticas da organização, das categorias profissionais e da população, além das condições organizacionais de efetuação do trabalho.

Teixeira (2002, p. 251, apesar de afirmar que a proposta de racionalização implícita no Saúde da Família caracteriza-o como política compensatória, de baixo custo, cuja função seria a de amortizar os conflitos internos (familiares) e externos (relações sociais), acredita ser possível tirar proveito da proposta do Saúde da Família. A autora defende que a discussão das suas contradições pode se constituir em estratégia para fazer do PSF, não um programa paralelo, mas “inserir-lo nas políticas sociais que, mesmo dentro dos seus limites estruturais e conjunturais, podem significar um instrumento de construção para além das propostas governamentais/internacionais de enfrentamento da pobreza e da injustiça social.” Deste modo, vislumbramos nas falas das colaboradoras a utopia, a esperança, o desejo de manter o SUS e a estratégias de Saúde da Família vivos.



*Por isso que muitas vezes ainda sou tachada como uma pessoa que ainda vivo de sonhos. Mas o que seria o homem se não pudesse sonhar e não pudesse buscar concretizar esse sonho. Apesar de todas as limitações técnicas por parte da gestão, ainda acredito muito na nossa força, no nosso potencial e no nosso poder de fazer e olhar diferente. (Elieuz)*

*Mas quando se tem um gestor que tenha entendimento, vontade política de permanecer num PSF de qualidade, aí tudo bem! E quando se tem uma gestão que não investe na política de saúde é muito difícil que alguma coisa inovadora possa acontecer. (Rita)*

*A gente está passando por um período meio complicado, que eu espero que melhore. [...] Eu ainda acredito no PSF como porta de entrada do sistema. O que precisa é de profissionais compromissados com o trabalho, com a comunidade e com as famílias sob sua responsabilidade. Apesar de me encontrar desestimulada com relação ao processo de trabalho, por me encontrar em uma equipe que infelizmente ainda não conseguiu um entrosamento adequado, acredito que o tempo vai mudar esse quadro e que com a continuidade os profissionais que aí se encontram, irão entender melhor o processo de trabalho e mudar o quadro atual. (Joana)*

*Na verdade eu acho que cada profissional que foi daquela época e que ficou, dentro das possibilidades, pensa manter uma qualidade no trabalho que executa...[...] mas PSF ficou longe, ficou para trás. Eu acho que o que faz com que a gente se mantenha é a esperança. Mesmo assim eu fico me perguntando porque a gente mantém a esperança? Eu digo: “porque a gente não pode desanimar!” Eu acho que quem teve uma experiência anterior bonita, por quem a gente lutou tanto! Eu acho que precisa passar um pouco desse amor, desse nosso espírito de luta, para aqueles que estão chegando. Então eu acho que o SUS vale a pena! É preciso que a gente acredite nesse SUS, para que realmente se tente alcançar o ideal. Eu acho que o que nós plantamos ou tentamos plantar até 2004, a gente consiga passar para nossos netos. Isso não deixa de ser uma esperança. Então eu prefiro continuar acreditando que a gente vai alcançar aquele SUS que idealizamos e que ele saia do papel para a realidade, e que esses gestores no futuro consigam realmente apostar nele, o que até hoje eu acho que não fizeram. (Marilene)*

Uma das principais características do grupo pioneiro do Saúde da Família em Campina Grande foi ter articulado todos os setores e atores envolvidos na proposta. O controle social através dos Conselhos Locais de Saúde, com a Rede de Apoio ao Saúde da Família assumindo os espaços institucionais tentou incorporar a estratégia através da discussão com técnicos, firmar os distritos sanitários e agilizar a burocracia.

Acreditou-se na capacidade de organização e mobilização da categoria apela Associação dos Profissionais do Saúde da Família a qual foi encerrada após a realização do concurso público. Não haveria mais sentido desta entidade existir quando legalmente os trabalhadores passaram a pertencer à categoria de “estatutários” portanto a ser representados pelo Sindicato dos Trabalhadores dos Estabelecimentos Públicos (SINTAB).

*Se você me perguntasse se eu acredito na força de mobilização e na organização, eu responderia, sim! Mas tudo isso tem que ter esperanças e a minha esperança foi e é proporcional ao tamanho do meu sonho e da minha ideologia. Hoje nenhuma! Se eu hoje tivesse outro sonho, outra expectativa e uma compreensão mais limitada politicamente, não tivesse sido uma paixão de construção do SUS, de que era uma estratégia revolucionária, talvez hoje eu ficasse satisfeita de ter conseguido organizar um “basicozinho” para organizar o SUS em Campina Grande; mas como militante, idealizadora, ver essa estratégia como algo importante para gerar avanços, ter expectativas... Estaria mentindo [...] Acreditávamos, como ainda acredito, que só existe um caminho que a gente pode melhorar a qualidade de vida, organizar e estruturar um serviço de*

*saúde que é com organização da população, dos trabalhadores. E aí o nosso objetivo era esse. (...)*

*Enquanto militante do Saúde da Família eu só acredito que ele consegue avanços se a gente conseguir a organização da categoria. (Lindomar)*

Percebemos, no entanto, que a esperança da retomada dos trabalhadores com o mesmo empenho apresentado pelas equipes pioneiras deve se dar pela reorganização da categoria. A retomada da esperança só acontecerá com o aprofundamento da politização da categoria, que acreditou de forma utópica em transformar Campina Grande em uma “Ilha” de excelência do SUS, por meio do Saúde da Família... A esperança está articulada à capacidade de organização da categoria, de melhorar a finalidade de vida, da motivação dos novos profissionais.

*Enche-me de esperança, esse fato recente que é o retorno da mobilização política que era uma coisa que me deixava extremamente triste saber das aberrações que eram cometidas com esses trabalhadores e eles sem mostrar nenhum tipo de reação, nem individual, nem coletiva. Então ver que existe uma insatisfação que já está sendo expressa pela participação política no sindicato, de paralisação, me deixa um pouco mais esperançosa. Mas eu não sei se é possível garantir o nível de qualidade global no saúde da família que já se teve em Campina Grande. (Sebastiana)*

Outros depoimentos apontam para a reorganização através da retomada de uma gestão democrática e comprometida. Há quem assegure, no entanto, sobre as experiências exitosas que aconteceram no país se deram na maioria das vezes pelas gestões comprometidas. Este aspecto faz emergir a discussão em torno das mudanças de gestão pela eleição fazendo com que muitas destas experiências se esgarcem com a chegada de novas gestões não representativas do mesmo compromisso.

*Eu sou sempre muito otimista por mais retrocesso que a gente veja, sempre tem essas fases de melhoria, de piora, mas eu acho que faz parte até do ser humano não desistir, não desanimar, porque são fases. Tudo passa! Essa gestão passa! Apesar de sabermos que infelizmente nós não temos um quadro de políticos que a gente possa depositar nossas esperanças futuras. Pelo menos até o momento a gente não vê que segmento, partido, pessoa, a gente possa investir, ou trabalhar a favor, para que assuma a gestão de Campina Grande, pra que haja uma mudança que agente espera. Não digo só um voltar para o que era, mas avançar o SUS. Todo mundo sabe que o SUS é teoricamente perfeito. O que está faltando são as gestões compreenderem e quererem que ele funcione.[...]Então o que falta é nós termos um secretário de saúde, que seja tecnicamente competente, honesto e com autonomia. Então isso vai depender do prefeito, do gestor, que ele realmente entenda e escolha não só na saúde, mas em todos os setores. Entendam que Campina Grande não tem problema só na saúde, mas em todos os setores. Mas já que a gente está falando da saúde, que ele tenha o entendimento de que precisa de uma pessoa tecnicamente competente, honesta, tem confiável; que seja um conhecedor, um defensor do SUS e que tenha autonomia para fazer tudo que é necessário. Mas para isso acontecer tem que haver uma reviravolta muito grande. (Marlene)*

*Eu tenho esperança... essa gestão que está aí não é para sempre e sei que virão pessoas que tem compromisso, que tem respeito pelo outro, o outro que seja o profissional, a população, a comunidade. Que mostrem solidariedade... A união que existia entre os demais profissionais nessa história ela foi construída por compromisso, por respeito por acreditar que o SUS é*

*possível e que podemos fazer uma saúde diferente, mas isso só é possível se trabalhamos com uma gestão participativa e não uma gestão autoritária e anti-democrática. (Antonia)*

A rede de saúde deve se fortalecer para enfrentar a defesa por uma saúde mais comprometida. A esperança também pode reflorescer com a rearticulação do movimento sindical na categoria, o qual pode ressurgir nas situações mais adversas, como exemplo do movimento da Reforma Sanitária que enfrentou o contexto da ditadura militar.

*Então temos que organizar a Rede, temos que estruturar esses distritos sanitários, temos que fazer essa cobertura do Saúde da Família para que realmente seja o modelo de atenção à saúde que começa no nível primário, mas que vai até o terciário. Essa filosofia do Saúde da família que é perfeita no papel, o que está faltando é querer implementar. (Marlene)*

Percebe-se, entretanto, um jogo de ambiguidades nos depoimentos. Acredita-se na mudança do quadro com a entrada de novos gestores ou saída dos gestores atuais. Outras acreditam na mudança como resultado de organização da categoria, ou seja: a pressão dos trabalhadores com o apoio da participação popular.

A perspectiva de reorganização é sempre avaliada com base na experiência passada. Mas precisa é preciso remetê-la a uma idéia futuro e, assim, fortalecer novas utopias. A esperança aparece permeada pelo acreditar e ao mesmo tempo tem um sentido de ter um caminho longo a percorrer.

*Era por isso que a gente colocava no meio da crise, que era preciso “tirar a saúde dos braços macabros de Tântatos para depositá-los cheio de vida nos braços de Eros”... E aí, eu digo que a gente não levou pra os braços de Eros, digamos que não está ainda em Tântatos, mas Eros está muito longe... (Lindomar)*

Depoimentos apontam que as novas equipes não enfrentam os conflitos do passado, e sim os novos conflitos, pois as dificuldades não acabaram. Então, questionamos como esse grupo pode continuar a promover mudanças mais positivas em direção ao SUS, desse modo identificamos que alguns colaboradores acreditam no controle social e na força dos trabalhadores.

*Há um ano eu não teria nenhuma esperança com relação ao PSF de Campina Grande. Talvez daqui a um ano, eu tenha muitas. Hoje estou assim num processo de recuperação da esperança, então ela ainda não bateu onde pode chegar... Então eu acho extremamente difícil requalificar o Saúde da Família. E antes de pensar na requalificação, a gente pensa como é frágil, como é sensível, como é vulnerável a construção do sistema de saúde porque a gente nunca imaginou que o que está acontecendo hoje poderia acontecer. A gente sempre acreditou na nossa força e na da comunidade, para garantir a sustentabilidade do Saúde da Família.. (Sebastiana)*

O depoimento seguinte aponta para o fortalecimento dos integrantes das equipes no sentido deles se tornarem mais resistentes no enfrentamento das questões relativas à cidadania e, em especial, ao SUS e ao Saúde da Família.

*Se eu não tivesse esperança já tinha pulado fora daqui... Mas continuo no Saúde da Família porque acredito que esta é a forma mais interessante e justa de se fazer saúde no país. Eu espero, tenho esperanças de que venha melhorar, mas que o fundamental é a gente tentar, tanto promover a conscientização dos usuários sobre os seus direitos, e eles tentarem se organizar para exigir isso, como também por outro lado estar articulando com os profissionais, a importância dele e o significado dele para as pessoas, a vida e a saúde.[...] eu espero que isso mude! Se não mudar a nível geral eu pretendo continuar fazendo a minha mudança particular e investindo nisso que é o que eu acredito, fazer saúde e um PSF com qualidade, com compromisso e a gente vê que é o que tem dado resultado, é o que faz a diferença tanto nas comunidades, como para quem acredita no SUS. Ver os resultados do que está fazendo, faz com que se fortaleça cada vez mais... Mas é difícil [...], então eu continuo tendo esperança, que esse governo mude, e que a gente tenha alguém mais sério gerindo a saúde independentemente da política partidária. [...] mas eu estou aprendendo a ficar cada vez mais resistente... (Marinalva)*

Percebemos a capacidade de resiliência somado à esperança, uma característica de quem crê:

*Entretanto uma das questões que pode ser levantadas tem a ver com a capacidade de enfrentamento das equipes. Não percebemos formação intensa do grupo pioneiro. Mas isto não inviabilizaria. Eu não sei se é possível requalificar o saúde da família de Campina Grande, eu não sei se a gente tem nem a garantia do desejo dos trabalhadores que o operam hoje, que eu acho que seria uma coisa fundamental. Gestão nenhuma conseguiria fazer isso, sem que esses trabalhadores estivessem interessados, comprometidos com o projeto Saúde da Família. (Sebastiana)*

Na edição da Revista Saúde em Debate sobre os vinte anos do SUS, Paim (2009) fez questionamentos relevantes sobre a continuidade do SUS:

Como estabelecer um olhar afetuoso e, ao mesmo tempo, objetivo e crítico sobre a Reforma Sanitária brasileira e o SUS? Como examinar a situação atual sem se fixar exclusivamente em seus problemas, considerando os ganhos obtidos e identificando alternativas para o seu desenvolvimento? Como realizar um gesto enternecido em defesa do SUS e da Reforma Sanitária quando se reflete sobre o seu significado nos seus 20 ou 30 anos? (PAIM, 2009)

Os questionamentos do autor direcionam para a necessidade de se manter um “olhar afetuoso e de festa”, seguido de gestos permanentes de crítica e compromisso social e político com a construção do SUS e da Reforma Sanitária. Esses aspectos podem ser fonte para a esperança dar ensejo a Reforma Sanitária em cada município.

O processo de desarticulação do Saúde da Família de Campina Grande não aconteceu de modo dissociado do que aconteceu no restante do país. O processo de rearticulação da estratégia e do SUS não poderá também ser desvinculado da compreensão do todo, tanto em nível nacional como no local. Mais uma vez recorremos a Gramsci (apud Paim 2009, p.36),

afirmando que “para construir história duradoura, não bastam os ‘melhores’, são necessárias as energias nacional-populares mais amplas e numerosas”.

Podemos pensar que a esperança pode florescer e se consolidar em situações as mais adversas possíveis.

*AS UTOPIAS*  
"Se as coisas são inatingíveis... ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A presença distante das estrelas!"  
(Mário Quintana)

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi construído com o objetivo de revelar as impressões dos profissionais pioneiros da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, à luz da História Oral, relacionando as utopias e desencantos no processo de busca pela reversão do modelo de atenção em saúde no referido município.

Buscou-se identificar estudo quais seriam as expectativas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande durante a implantação do Saúde da Família desde o seus primórdios até o momento em da entrada de uma gestão municipal que reativou a esperança na estratégia. Deste modo, outro objetivo procurado foi o que caracterizou a gestão do sanitarista e sua relação com as utopias dos profissionais pioneiros da Estratégia Saúde da Família.

Nesta perspectiva buscamos também identificar quais os fatores que promoveram o desencanto em relação à gestão em saúde no município e revelar as esperanças dos profissionais pioneiros da Estratégia Saúde da Família, frente aos desafios da referida estratégia e do SUS em Campina Grande.

O avanço inquestionável do SUS foi pautado nos princípios da universalidade e descentralização enfatizando a municipalização, porém outros princípios como a integralidade, a igualdade, a regionalização e a participação dos Conselhos de Saúde se manteve atrofiada por vezes nula nas experiências nacionais. Mesmo com todas as dificuldades encontradas no espaço da gestão, os princípios continuam sendo encampados por atores locais, trabalhadores de saúde, conselheiros de saúde, gestores locais e outros, que se esforçam permanentemente em efetivá-los, mesmo limitados a experiências localizadas.

Após a discussão e análise dos quatro eixos temáticos, podemos considerar que foi possível perceber como o grupo pioneiro do Saúde da Família de Campina Grande teve a marca da militância em defesa do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária, somados à formação político-ideológica que imprimiu ao Saúde da Família. Pela utopia de fazer da estratégia o modelo de atenção e materializado segundo os princípios do SUS e os ideais da Reforma Sanitária. Essa esperança de fortaleceu com a reversão de alguns indicadores, fruto do trabalho desses profissionais, e os motivou a caminhar em defesa do Saúde da Família, a maior expectativa do grupo pioneiro.

É importante destacar o papel histórico dos cursos em Residência de Medicina Preventiva e Social, promovidos pelos Departamentos de Medicina Social e pelos Núcleos e Institutos Saúde Coletiva, setores de resistência a ditadura militar e responsáveis por uma

geração de sanitaristas que ousaram acreditar na saúde como um direito universalidade e concebido de modo ampliado e conseqüente á redução da qualidade de vida, socialmente determinada.

No segundo eixo temático identificamos como sendo o momento de grande mobilização, e embalados pelos bons resultados atingidos nos principais indicadores epidemiológicos. Implantou os conselhos locais de saúde, e contagiados por valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, gestores públicos e os conselhos de saúde, construíram grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrentes da força e pressão social.

A formação da Associação dos Profissionais do SF. É uma dicotomia entre os anseios e defesas do grupo pioneiro com gestões pouco comprometidas com este processo. Foi possível perceber, no entanto um crescimento qualitativo do grupo. Obviamente a capacidade técnica e política do grupo não seriam suficientes para modificar determinantes sociais, quebrar as estruturas da instituição historicamente burocratizadas e cristalizadas para funcionar num molde da lógica hospitalar.

Nesse segundo eixo temático ficam evidentes os embates dos profissionais primeiros em seguir adiante na defesa do Saúde da Família tornar-se o modelo de atenção. Os conflitos envolviam diretamente os gestores que pouco se mostravam preparados e conhecedores do projeto do Saúde da Família para reversão do modelo de atenção. Percebemos as reivindicações à época, continuam atuais, principalmente o fato de muitos gestores desconhecerem o SUS, seus princípios e a saúde como direito.

Mesmo enfrentado a indiferença dos gestores, o grupo pioneiro atuou na formação dos Conselhos Locais de Saúde e na criação a Associação dos Profissionais de Saúde da Família o que mostra o envolvimento desses provisionais no desenvolvimento de ações voltadas ao controle social.

O desgaste com os gestores que não compreendiam ou não apoiavam os profissionais nas suas reivindicações, e inconformados com apenas a mudança de indicadores, mostra o avanço da categoria em lutar pela materialização do princípio da intersetorialidade. Cansadas de guerra, essas mulheres, ao final da década de 1990, davam mostra do cansaço.

O terceiro eixo temático aborda a gestão de um sanitarista inserido na gestão petista, quando foram revitalizadas as esperanças esmaecidas pelos conflitos com os gestores, no período e 1994 a 2001. Em suas falas, os colaboradores contextualizam a gestão sanitarista e mostram os avanços e os limites dessa condução relacionadas ao Saúde da Família. Com propriedade mostram as especificidades das conseqüências de trabalhadores passarem a atuar



no campo da gestão e que as utopias não se tornam reais quando um partido ou um gestor, afinados ideologicamente com os trabalhadores, ascendem ao poder. O tipo de aliança política parece ter mais força o que as identificações. A politização dos profissionais fortalecidas pelo apoio da sociedade parece ser decisiva em fazer o Estado ser realmente provedor.

Dialeticamente, o período da gestão petista é reconhecido como uma fase de ganho e perdas, de desarticulação da categoria e reestruturação, onde se avalia que no momento onde mais a categoria investiu na capacidade de ganhar, foi quando mais perdeu.

O quarto eixo temático foi emblemático ao atestarmos o arrefecimento das forças da categoria e do controle social para fortalecer, nesse ponto da caminhada, o papel de protagonistas na condução do Saúde da Família em direção a configurar um modelo de atenção. A capacidade de enfrentamento do grupo estava bem aquém do que fora e não foi possível enfrentar este momento com a galhardia de antes. Veio o desencanto.

Procuramos dentro do desencanto, alguma fumaça de utopia. Encontramos esperanças. Os profissionais em sua maioria falam de esperanças e tentam até dizer de onde elas vêm, ao que e a quem podem estar associadas. Por acreditarmos na força da utopia para gerar novo, fazer uma nova história, nos vem um questionamento: quais as expectativas dos profissionais que ingressaram, após as equipes pioneiras com relação ao Saúde da Família? É possível a fusão de horizontes para fazer avançar o SUS?

## *REFERÊNCIAS*

## REFERÊNCIAS

- DW.WORD ALEMANHA. **A UTOPIA DA SAÚDE 25 ANOS DEPOIS**. Disponível em: <<http://www.dw-world.de/dw/article/0,,969181,00.html>>. Acesso em: 12 nov.2008.
- ANDRIOLI, A.I. Utopia e realidade. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 56, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/056/56andrioli.htm> >. Acesso em: 12 dez. 2008.
- ASPSF-CG SAÚDE DA FAMÍLIA. Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande/ PB. **Boletim do Programa de Saúde da Família**, Campina Grande, v.1, n.1, jan. 1997.
- ASPSF-CG SAÚDE DA FAMÍLIA Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande. **Boletim do Programa de Saúde da Família**, Campina Grande, n. 4.
- ASPSF-CG SAÚDE DA FAMÍLIA **A Persistência da Memória: 10 anos do Saúde da Família em Campina Grande**. ASPSF-CG – Mídia Assessoria de Comunicação –Campina Grande: 2004.
- AZEVEDO, A. L M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177p. Dissertação (mestrado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife. Recife, 2007.
- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; SANTOS, C.A.S.T.; FERREIRA, L.D.A. Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades. In: Fleury S, organizadora. **Saúde e Democracia – A Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editora; 1997. p.45-58.
- BERNARDINO, F. E. et al. O cotidiano profissional do assistente social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. **Revista Katálysis**, n.2, v.8, p. 247-255, jul-dez. 2005.
- BETTS J. Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar. **Portal Humaniza**, São Paulo. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: 12 dez.2008.
- BETTIOL, L. M. **Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família**. São Paulo: UNESP, 2006.
- BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense (Coleção Obras Escolhidas), 1987.
- BETTS J. Considerações sobre o que é humano e o que é humanizar. **Portal Humaniza**, São Paulo. Disponível em: < <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: 12 dez. 2008.
- BRAVO, M. I. de S. Política de Saúde no Brasil. *In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: Uma estratégia de organização dos serviços locais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Premio Saúde Brasil: o retrato na saúde da família. In: **MOSTRA NACIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, 1, 1999 Brasília. Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001a.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos. In: CUNHA, J. P. P, CUNHA, R. **Sistema Único de saúde**: princípios. Rio de Janeiro, 2001b. p.285-342.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

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

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização**. Documento para discussão versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_ DATASUS – Dados do número de equipes do PSF em Campina Grande – Paraíba. Disponível em: <[http:// www. Qual o site?????](http://www. Qual o site?????)>. Acesso em: 26 fev. 2009.

\_\_\_\_\_ SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Campina Grande-PB. Disponível em: <<http:// www. Qual o site?????>>. Acesso em: 26 fev. 2009.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação em Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações de produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <[http://www.saude.pb.gov.br/web\\_data/saude/copasems/portaria\\_648.doc](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc)> Acesso em: 10 set. 2008 b.

BOURGUIGNON et al. Recursos Humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 310-315, set./dez. 2003.

BOM MEIHY, J. C. S. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula. **Revista da Adufrj-SSind Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro, 2008. Rede Sirius.

CAMPINA GRANDE . **Programa Saúde da Família**: projeto de implantação. Secretaria Municipal de Saúde de Saúde.:Secretaria Municipal de saúde, 1994.

CARVALHO, R.N. **As (im)possibilidades da prática interdisciplinar no Programa Saúde da Família em Campina Grande, PB**: uma análise a partir da vivência dos profissionais do distrito IV. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Leis 8.080/90 e 8.142/90): Sistema Único de Saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde**: ensino, gestão, atenção e controle social. Apostila digitada, 200-).

CEMBRANELLI, F. Um projeto de humanização: para que, para quem? **Portal Humaniza**, São Paulo. Disponível em: < <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=49>>. Acesso em: 20 jul. 2009.

CHARTIER, R. A visão do historiador modernista. In: FERREIRA. M. M.; AMADO. J. org. de. **Usos e Abusos da História Oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, p.215 a 218, 1998.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. **Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais**. João Pessoa, PB. 2003/mimeografado.

COGGIOLA, O. **O governo Lula**: da esperança à realidade. 1ª ed. São Paulo: Xamã, 2004

COGGIOLA, O. Crise econômica e movimentos sociopolíticos na América Latina: da transição democrática à nova emergência da luta social. **Cadernos ANDES**, Brasília, n. 21, p.50, 2005.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1, 1991, Campina Grande. **Relatório Final...** Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 1991, 11p.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2, 1996, Campina Grande. **Relatório Final...** Campina Grande: Secretaria Municipal de saúde, 1996, 16p.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 4, 2003, Campina Grande. **Relatório Final...** Campina Grande: Secretaria Municipal de saúde, 2003, 18p.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Em defesa do Serviço Social na Saúde da Família. **III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família**. Brasília, agosto/2008.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Revista Saúde da Família**. Brasília, v.1, n.1, p. 10-15, jan./jun.1996.

CORDEIRO H. Os desafios das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.230, p.36-43; dez. 2000.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *In: BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*. Brasília, v.1, n.2, 2001.

DIRETAS. **Uma potência chamada São Paulo**: Com a melhor infra-estrutura e mão-de-obra qualificada, São Paulo legitima dia-a-dia seu status de "motor econômico" do Brasil. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/saopaulo/historia/diretas.htm>>. Acesso em: 20 maio. 2009.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 208p.

FARIAS, A. F. M. R. da. **Vivência de sofrimento e prazer no trabalho**: A dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família em Campina Grande. 2005. 166p. Dissertação (Mestrado Em Saúde Coletiva) Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005.

FERREIRA. M. M.; AMADO. J. org. de. **Usos e Abusos da História Oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

FERREIRA, A. B. H. de. **Novo dicionário Aurélio**. São Paulo: Positivo. 3ed. 2004, 790p.

FELICIANO, K V. O. de. **Sentimentos e práticas das equipes de Saúde da Família em situações de trabalho**: Condições de possibilidade do burnout. Recife: 2007.84p. Dissertação (Mestrado) – Instituto Materno Infantil.

FONTINELE JÚNIOR, K. O assistente social como membro da equipe. **Programa Saúde da Família (PSF) Comentado**. Goiânia: AB, 2003 (Coleção Curso de Enfermagem).

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias; BUENO, Wanderlei Silva. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2): 345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, T.B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p.4.

FREITAS, Sônia Maria de. Prefácio à Edição Brasileira. In: THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. P FERREIRA. M. M., AMADO. J. org. de usos e abusos da história oral. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

FEUERWERKER. L. C. M; LIMA V. V. **Os paradigmas da atenção à saúde e a formação de recursos humanos**. OPAS, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FRANCO, T. B. et al. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.15, n.2, abr/jun. 1999.

GINSBURG. C.; CASTELNUOVO. E.; PONI. C. **A Micro-história e outros ensaios**. Nota de apresentação. DIFEL./ BERTRAND-Brasil- LISBOA, 1989

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. In: **Empoderamento, participação e Comunicação em Saúde**. Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, maio/ago. 2004.

GOMES, M.C.P.A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GUIMARÃES. E. A. D. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande: origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde - Campina Grande**. 2006. 182p. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa.

GUERRA, I. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: **Serviço Social e Sociedade**, n° 91. São Paulo: Cortez, 2007.

HOFFMANN, Edla. **O trabalho das assistentes sociais no PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul**. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). PUC/RS, Porto Alegre, 2007.

HOUAISS, Antonio.; VILLAR, Mauro de Salles- **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2009., 976 p.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. As dimensões Ético-Políticas e Teórico- Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de informações municipais. Malha Municipal Digital. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em: 23 maio 2005.

INFORME, ENSP. Saúde e desenvolvimento: 'é preciso uma nova utopia' ENSP. **Portal FIOCRUZ.** Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=17948>>. Acessado em: 11 dez. 2009

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I.G.; CASTRO, E.D; TUACEK, T.A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.43, n.4, 2009.

LE GOFF, J. **A nova história.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

LÖWY. M. Ideologia e ciência social: elementos para uma análise marxista. 6 ed. São Paulo: Cortez Editora, 1991. p.

LUCENA, C. **Tempos de destruição:** educação, trabalho e indústria do petróleo no Brasil. Campinas, SP: Autores Associados; Uberlândia, MG: EDUFU, 2004.

MACHADO, K. Equipe mínima, dilemas e respostas. **Revista Radis,** n. 51 nov. 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis>>. Acesso em: 15 maio. 2008.

MANFREDI, S. M. **Educação Profissional no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2002.

MARQUES .M.B. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. **Revista saúde em debate:** 20 anos de SUS, Rio de Janeiro, v.33, n.81 jan/abr.2009.

MARTINIANO, C. S. **Os (des)caminhos da intersetorialidade no município de Campina Grande:** A Percepção dos Gestores das Políticas Públicas. Campina Grande, UEPB, 2004.

MARX, K. **Processo de trabalho e processo de valorização.** In: \_\_\_\_\_ **O capital:** Crítica da economia política. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, p. 142-152, 1988.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o programa saúde da família. In: SOUSA, M.F. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2002. p.135-151.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.



MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**. Minas Gerais: ESP, ano 3, n.4, p. 04 a 26, jun. 2004.

MENDES, R. Saúde ocupacional. In: ROUQUARYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 5. ed. 1998, p. 293-312.

MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. (org) Dez anos de PSF em Campina Grande: o sentir, o fazer- suas vozes. In: RAMOS, B.F.; SOUSA, C.S.; MEDEIROS, M.C.; SANTANA, G.M.S. **A tarefa de fazer o PSF com qualidade: mais sonhos recheados de realidade**. Rio de Janeiro: CEBES, 2004, p.70.

MENDONÇA, A.C.O.; PAIM, J. Políticas de saúde do governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.29, n.70, p.109-124, maio/ago, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: Ed.11HUCITEC, 2004. 393p.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MIOTO, RCT, ROSA, FN. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o serviço social na estratégia Saúde da Família**. 2007. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. UFSC, Florianópolis.

\_\_\_\_\_ ; NOGUEIRA, VMR. Desafios atuais do SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MEDINA MG.; AQUINO R. Avaliando o programa saúde da família. In: SOUSA, M. F. **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 135-151.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Minas Gerais, jan/jun. 2004.

MENDONÇA, A. C. O.; PAIM, J. Políticas de Saúde do governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.29, n. 70, p. 109-124, maio/ago, 2005.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 14 (Supl. 1)Rio de Janeiro, set/out 2009.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. 296p.

MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papyrus, 1985.

MENDES, R. Saúde ocupacional. In: ROUQUARYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 5. ed. 1998, p. 293-312.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIOTO, RCT, ROSA, FN. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o serviço social na estratégia Saúde da Família**. 2007. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. UFSC, Florianópolis.

\_\_\_\_\_. Desafios atuais do SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NASCIMENTO, A. História da 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatórios da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, mar. 1986.

NUNO, P.G.A. **O Partido dos Trabalhadores e a Política na Paraíba**: construção e trajetória do partido no estado(1800/2000). 2003. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

OMS. Os cuidados de saúde primários, mais necessário do que nunca. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08-030408/en/index>>. Acesso em: 24 nov. 2008.

OMS. **Estatísticas Mundial da Saúde**. World Health Organization. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp>>. Acesso em: 24 nov.2008.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Revista saúde em debate**: 20 anos de SUS, Rio de Janeiro, v.33, n.81, jan/abr. 2009.

PAIM, J.S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol M. Z., (org.) **Epidemiologia e Saúde**, Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 455-466.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador e Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356p.

PEQUENO, V. S. **Estatuto da Criança e do Adolescente e a garantia dos direitos infanto-juvenis: uma experiência junto aos adolescentes do PSF na Vila Cabral de Santa Terezinha**. Monografia (Graduação em Serviço Social) Universidade Estadual da Paraíba – UEPB: Campina Grande/PB, 2006.

PÉRET, T. C. O. **Programa Saúde da Família**: Questões e perspectivas – A experiência desenvolvida no município de Campina Grande – PB (1994-1999). 2001, 243 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.

PINHEIRO, R. Atenção Básica à Saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em Saúde. **Revista Mineira da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.9, n. 2, p.174-178, abr/jun.2005.

PRIEB, S. **O trabalho à beira do abismo**: uma crítica marxista à tese do fim da centralidade do trabalho. Ijuí: Unijuí, 2005.

OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Trad. Bárbara Freitag. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

RAMALHO, José Ricardo. Trabalho e sindicato: posições em debate na sociologia hoje. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, 2000.

RAMOS. B.F.; SOUSA.C.S.M.; MEDEIROS. M. C.; SANTANA. G.M.S.; D'OLIVEIRA. M.R.C. **Dez Anos de PSF em Campina Grande; o sentir e o fazer – suas vozes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. de Saúde Pública** v.19, n.1. Rio de Janeiro, jan/fev. 2003.

ROCHA, A.A.R.M.; TRAD, L.A.B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 9 n.17, mai-ago, 2005.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: \_\_\_\_\_ **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 5 ed. 1998, p. 1-14.

ROUCHOU, J. História oral: entrevista-reportagem x entrevista história. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**. São Paulo, v.23, n.1, p.175–185, jan/ junho, 2000.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n.17, mai-ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 set. 2008.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: MEDSI, 1998, p. 1-14.

ROUCHOU. JOËLLE. História Oral: entrevista-reportagem x entrevista história. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v. 23, n. 1, p. 175-185, jan/jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2008.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTANA, G. M. S. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: e o mundo vai ver brotar uma flor do impossível chão.** 2004. 83 p. Monografia (Graduação em Enfermagem). Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

SANTOS, N.R. A reforma Sanitária e o Sistema único de saúde :tendeências e desafios após 20 anos. **Revista saúde em debate: 20 anos de SUS.** v.33,n.81- Rio de Janeiro jan/abr.2009

SANTOS, P. F. B. B. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande – PB/ À luz da historia oral temática.** 212 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. João Pessoa, 2004.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública,** v.18, mês. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2008.

SCHRAIBER, L.B.; MACHADO, M.H. Trabalhadores da Saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.281-297.

SCHRAIBER. L. B.; PEDUZZI, M. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a equipe multidisciplinar.** Washington: OPAS, 1999.

SCHERER. M.D.A., MARINO. S.R.A., RAMOS. F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface,** v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev2005.

SCHRAIBER. L. B.; PEDUZZI M. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a equipe multidisciplinar.** Washington: OPAS, 1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. A epidemiologia sem números numa versão popular. **Divulgação em Saúde para Debate: os caminhos do PSF no Brasil as cidades escrevendo suas histórias.** CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), Rio de Janeiro, n.21, dez. 2000.

SCHWARTZENBERG, Roger-Gérard. **O Estado Espetáculo.** Rio de Janeiro: Difel, 1978, p.12.

SILVA,S.F. Sistema único de saúde:avanços e dilemas de um processo em construção **Revista saúde em debate: 20 anos de SUS,** Rio de Janeirov.33, n.81, jan/abr. 2009

SILVA, M.J.M.; SILVA, C.C. **Serviço social e saúde da família [manuscrito]:** uma análise da inserção da profissão na estratégia .2009. Relatório (Iniciação científica – Curso de ) C– Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2009.

SILVA, M.J.M.; SILVEIRA, S.A.S.; VASCONCELOS, K.E. **Conselhos Comunitários de Saúde: espaços de ampliação e democracia participativa?.** In: Internacional Symposium of

The Inter-University Consortium for International Social Development, 14, 25-29 de julho 2005. Recife. IUCISD.

SILVEIRA, S.A.S.; SILVA, K. M. P. da. **A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande/PB.** 2006. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. 2006.

SOUSA, K.L de A. **A avaliação dos usuários das unidades básicas Saúde da Família dos bairros Cuités e Jardim Continental acerca da atuação profissional do assistente social em um novo modelo de atenção à saúde.** 2006. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB.

SOUZA, Heloíza Machado. O Programa de Saúde da Família no contexto do sistema único de saúde. In: Seminário de experiências internacionais em Saúde da Família, 1, 1999, **Relatório Final** do... Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

SOUSA, M.F. A Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília. v.53; n.especial, p.25-30, dez. 2000.

SOUSA, M.F. A Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v.53; n.especial, p.25-30, dez. 2000

SOUSA, M.F. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo!** São Paulo: HUCITEC, 2001

SOUSA, M. F. **A cor-agem do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2001. 142 p.

SOUSA, M.F. (org.). **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2002, 148 p.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. **Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica.** Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. 250 p.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, n.14, supl. 1, set/out 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

SILVEIRA, S. A. S.; SILVA. M. J. M.; VASCONCELOS. K. E. Health & Commonalty Councils: Democracy Partnership Enlargement Room. In: 14 International Symposium of The Inter-University Consortium for International Social Development. **Resumo...** Recife, 25-29 de jul.2005.

TÁRRIDE M. I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. 107 p.

TEIXEIRA, M. J. O Programa de Saúde da Família, O Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P. A. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

TEIXEIRA, M.J.O. O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

TEMPORÃO, J.G. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.14, supl. 1, p.1322, set/out 2009.

TURATO, E.G. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico - qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 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. São Paulo: Cortez 1989. p. 193-232.

TEIXEIRA, M. J. O Programa de Saúde da Família, O Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P. A. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

TRAD. L. A. B. e BASTOS, A. C. S. O impacto sócio cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 429-435, abr-jun, 1998.

TURATO, E.G. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico - qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços e saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Os movimentos sociais no setor de saúde: um esvaziamento ou uma nova configuração? In: Valla, Victor Vicent (org.).

VASCONCELOS, K.E.L. **Considerações sobre a inserção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família e nos NASF**. Campina Grande, 2008 (mimeo).

\_\_\_\_\_; CARNEIRO, TS; SILVEIRA, SAS. Família e políticas sociais: O Programa Saúde da Família posto em questão. Anais da III **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz, UFMA, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M. Saúde e desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. [citado 2008-04-06], pp. 1765-1777. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=1413-Formato Documento Eletrônico \(ABNT\)](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=1413-Formato Documento Eletrônico (ABNT).)>. Acesso em: 18 dez. 2009.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e Prevenção de doenças. CAMPOS G.W.de S. et al (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ZAHUY C. MARIOTTI H. (org) **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde: 2002. 144p.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre **DA UTOPIA AO DESENCANTO E DO DESENCANTO A ESPERANÇA: Impressões de profissionais da Estratégia Saúde da Família à luz da história oral** está sendo desenvolvida por Gicélia Maria Simplicio de Santana, aluna da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba com a orientação da Profa.Dra. Lenilde Duarte de Sá.

O objetivo do estudo é revelar as impressões de profissionais da estratégia saúde da família à luz da história oral ao narrarem a história da relação da gestão petista implantação e desenvolvimento do PSF em Campina Grande no período de 2003 a 2005

A finalidade deste trabalho é contribuir para o resgate da história da implantação do PSF em Campina Grande

Solicitamos a sua colaboração para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na unidade de saúde da família.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.



---

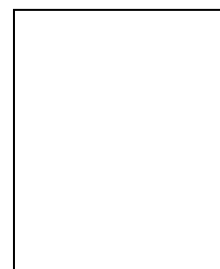
Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura da pesquisadora responsável

---

Assinatura da Testemunha



**Contato com a pesquisadora responsável:**

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Gicélia Maria Simplicio de Santana

Endereço residencial: R. Severino Pimentel 1808 – Campina Grande PB

E-mail: [giceliapb@ibest.com.br](mailto:giceliapb@ibest.com.br) Telefone: (83) 33315916; (83) 86107097

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° da Entrevista: \_\_\_\_\_

**Parte I: Dados de caracterização do entrevistado**

Colaborador: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_\_

Formação acadêmica

Pós-Graduação ( ) Especialização

( ) Residência

( ) Mestrado

( ) Doutorado

Especificar:

Experiência Profissional

Trabalho atual

**Parte II: Dados relacionados ao envolvimento do profissional com o PSF em Campinha Grande**

Ano de ingresso no PSF de Campina Grande

\_\_\_\_\_

Ano de saída no PSF de Campina Grande

\_\_\_\_\_

Forma de Ingresso

\_\_\_\_\_

Funções administrativas/políticas exercidas no período de permanência no PSF de Campina Grande

### **Parte III: Questões**

- 1- O que significa para você, como profissional do PSF de Campina Grande, o período de 1994 a 2004?
- 2- O período correspondente entre a gestão de André Luiz e a entrada da nova gestão em 2004, qual a sua impressão sobre o PSF e a sua importância para a mudança do modelo de atenção direcionada pelos princípios dos SUS em Campina Grande?
- 3- Como as primeiras equipes lidaram com as gestões anteriores ao governo petista? Que enfrentamentos fizeram em defesa da utopia do SUS tendo o PSF como estratégia para sua consolidação?
- 4- Como caracterizar a relação dos integrantes das primeiras equipes com a gestão do governo petista?
- 5- O que dizer sobre a atuação no PSF e as necessidades da população assistida anterior ao governo petista?
- 6- Como caracterizar a gestão na saúde no governo petista?
- 7- Porque o desencanto com a entrada da nova gestão em 2004?
- 8- Qual é a sua impressão sobre a situação do PSF em Campina Grande hoje?
- 9- Que esperanças a partir do vivido, você nutre com relação ao futuro do SUS em Campina Grande tendo o PSF como porta de entrada do Sistema?

APÊNDICE C - CARTA DE CESSÃO

**CARTA DE CESSÃO**

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

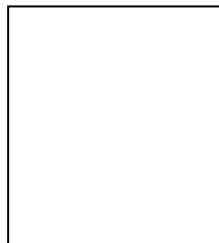
Declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita, textualizada, transcrita e autorizada para leitura, para que a Universidade Federal da Paraíba possa usá-la totalmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, que tem sua guarda.

---

Assinatura do colaborador

---

Assinatura da testemunha



# **ANEXOS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 29-04-09, o projeto de pesquisa da interessada Professora Gicélia Simplicio de Santana, intitulado “DA UTOPIA AO DESENCANTO E DO DESENCANTO À ESPERANÇA: IMPRESSÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DA HISTÓRIA ORAL”. Protocolo nº. 0137.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

  
 Eliane Marques D. de Souza  
 Coordenadora CEP-CCS-UFPB

Recebido em 22/05/09  
 Gicélia de S. Santana