PRÁTICAS DE SAÚDE E MODELOS ASSISTENCIAIS: UMA ANÁLISE PARA TOMADA DE DECISÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Italla Maria Pinheiro Bezerra¹; Ana Karla Sousa de Oliveira²; Eufrásio de Andrade Lima Neto²; César Cavalcanti da Silva²; Jennifer Yohana Ferreira de Lima Antão³

1-Faculdade de Medicina do ABC-FMABC; 2- Universidade Federal da Paraíba- UFPB;
3-Faculdade de Juazeiro do Norte-FJN;

Resumo: Objetivou-se analisar os atos e ações de saúde de médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, caracterizando-os segundo Modelos de Atenção à saúde. Estudo exploratório-descritivo-inferencial, desenvolvido a partir da abordagem quantitativa, na Estratégia Saúde da Família do Município de João Pessoa-PB– Brasil. Utilizou-se de um questionário com profissionais de saúde e após a coleta e tabulação dos dados, realizou-se uso do método estatístico, Testes de hipóteses, para a análise. Evidenciou-se que há evidências estatísticas de que estes profissionais utilizam também práticas características dos Modelos Privatista e Sanitaristas em seus Processos de Trabalho. Assim, características do Modelo Privatista como: demanda espontânea, oferta de serviços demandados pelos usuários, ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos, ainda são ações presentes nos serviços de saúde. A análise ainda indicou que os profissionais consideraram algumas características subjacentes ao Modelo Sanitarista: campanhas sanitárias e programas especiais, controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer e informações e esclarecimentos pontuais. No entanto, ao abordar as características da Estratégia Saúde da Família, percebeu-se que a maioria afirma considerar os pressupostos deste Modelo, mesmo podendo não ser aplicados na prática, uma vez que características dos outros modelos ainda estão presentes no processo de trabalho desses profissionais. É preciso que os profissionais estejam atentos para que não fiquem alheios à finalidade modelo de atenção ao qual se inserem e, assim, não se afastem do compromisso e da responsabilidade pela saúde do usuário.

Palavras- chave: Prática profissional; Tomada de decisões; Atenção Primária.

Abstract: This study aimed to examine the acts and actions of health from doctors and nurses of the Family Health Units, characterizing them according to models of health care. Descriptive and exploratory study inferential, developed from the quantitative approach, the Family Health Strategy of the Municipality of João Pessoa, PB Brazil. We used a questionnaire with health professionals and after collection and tabulation of data took place using the statistical method, tests of hypotheses for analysis. It was evident that there is statistical evidence that these professionals also use practical features of privatizing Models and sanitarians in their Work Processes. Thus, features of the Model privatist as spontaneous demand, supply of services demanded by users, punctual and focused actions on the specifics of injuries, are still present actions in health services. The analysis also indicated that practitioners considered some underlying Sanitarian Model features: sanitary campaigns and special programs, controlling certain diseases or certain groups allegedly at risk of becoming ill or dying and timely information and clarification. However, when addressing the characteristics of the FHS, it was noticed that most states consider the assumptions of this model, it can not be applied in practice, since it features the other models are still present in the process of work of professionals . We need professionals to be aware that they are not unrelated to the purpose model of care to which they operate and thus do not deviate from the commitment and responsibility for the health of the user.

Keywords: professional practice; Decision making; Primary attention.

INTRODUÇÃO

As mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais, que vêm se intensificando nos últimos séculos repercutem de forma significativa no processo saúde/doença, influenciando na prestação dos serviços de saúde, assim como também na qualidade de vida da população.

As transformações sociais advindas do capitalismo fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, pois se constituiu em uma força de trabalho. Esta realidade, onde o controle a esta força aparece como necessário, utiliza-se da saúde como um dos mecanismos capazes de possibilitar essa tarefa. Em consequência a essas transformações ressalta-se o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e fazer sanitário, emergindo propostas de mudanças nos modelos assistenciais em saúde¹⁻².

Nesse sentido, as propostas de mudanças de modelos assistenciais vêm sendo utilizadas com diferentes conotações, ora pendendo mais para a direção da organização institucional no sentido de viabilizar a oferta de ações de saúde, ora com o sentido de reorientação das práticas redefinindo o processo de trabalho³.

No Brasil, mediada por interesses políticos e econômicos, a história da saúde sempre sofreu muitas alterações até a criação do sistema de saúde atual. De acordo com cada época vivida, surgiam novas necessidades e interesses e com isso as mudanças foram acontecendo gradativamente até a consolidação de um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

No entanto, observa-se que a realidade dos serviços vem se constituindo em um cenário de experimentação e disputa entre diferentes modelos de atenção à saúde, com predominância dos modelos hegemônicos, representados pelo modelo assistencial privatista e modelo assistencial sanitário⁵⁻⁶.

Considerando, pois, que a Estratégia Saúde da Família está estruturada na lógica de Atenção Básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde, é necessário desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais e a comunidade, especialmente, em termos de desenvolvimento de atos e ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas⁷.

Assim, partindo-se do pressuposto que uma das principais dificuldades para o desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira e do SUS tem sido o insuficiente enfrentamento das temáticas da mudança do processo de trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial, entende-se que apenas alterando a maneira como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos representados como doença, é que será possível cumprir os preceitos que garantem direito efetivo à saúde para todos os brasileiros⁸.

Contudo, entendendo que as relações entre as práticas e as necessidades de saúde podem ser compreendidas a partir da busca dos seus significados econômicos, políticos e ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades, ressalta-se a importância de refletir criticamente sobre o processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e superar práticas ainda características de modelos de atenção à saúde hegemônicos,

Dessa forma, atuando em sinergia com o Plano Municipal de Saúde de João Pessoa, estabelecido para o triênio 2006-2009, na busca por mudanças positivas nas práticas de gestão e de atenção a saúde, questiona-se: Será que alguns atos e ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda possuem características de outros modelos que se pretende superar, terminando por desprivilegiar as características da própria Estratégia?

Nesse sentido, a referente pesquisa teve como objetivo analisar os Atos e ações de saúde de médicos e enfermeiros das equipes de saúde nas Unidades de Saúde da Família, caracterizando-os segundo Modelos de Atenção à saúde.

METODOLOGIA

Estudo do tipo exploratório-descritivo-inferencial, desenvolvido a partir da abordagem quantitativa, realizado de fevereiro a setembro de 2010, na Estratégia Saúde da Família do Município de João Pessoa-PB– Brasil.

Os informantes da pesquisa foram profissionais médicos e enfermeiros do Distrito Sanitário I(DSI) e Distrito Sanitário II(DSII) do referido município. Para tanto, realizou-se, inicialmente, o cálculo do tamanho da amostra⁹ visando que os dados coletados em campo fossem estatisticamente representativos em relação à população de interesse. As Unidades de Saúde da Família foram estratificadas e para cada estrato, o tamanho da amostra foi calculado considerando uma margem de erro de 10 p.p. (pontos percentuais), um nível de confiança de 95% e uma proporção $p = 0.5$, de modo a maximizar o tamanho da amostra (Quadro I).

Assim, durante o desenvolvimento da pesquisa existiam 83 Unidades de Saúde da Família (USF) nos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa-PB, sendo 45 USF no DSI e 38 USF no DSII. No entanto, no período de coleta, 11 USF do DS I não tinham o profissional médico, e para o cálculo do tamanho da amostra desta população foram consideradas 34 USF e para população dos enfermeiros, as 45 USF. Para o DS II, das 38 USF, 12 USF não tinham o profissional médico, participando para o cálculo da amostra desta população, 26 USF; no que se refere à população dos enfermeiros, foram consideradas 37 USF, uma vez que uma USF estava sem este profissional.

A escolha dos profissionais que participaram da amostra ocorreu através de sorteio aleatório. Para cada estrato foi gerado um número aleatório entre 0 e 1 para as USFs, sendo escolhida para compor a amostra os profissionais das USFs com maior probabilidade. Caso a USF sorteada não apresentasse médico ou enfermeiro, foi escolhida uma outra USF no qual estivesse presente este profissional, respeitando-se as probabilidades obtidas para cada unidade.

Foi aplicado um questionário o qual envolveu aspectos sobre atos e ações dos profissionais. Este permitiu mapear as equipes de saúde da família nas 59 (cinquenta e nove) Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa e identificar atos e ações dos profissionais segundo características dos Modelos de atenção à saúde Privatistas, Sanitaristas e Estratégia Saúde da Família.

Após a coleta e tabulação dos dados, realizou-se uso de métodos estatísticos inferenciais (testes de hipóteses, intervalos de confiança) visando à generalização dos resultados obtidos na amostra para a população em estudo¹⁰, uma vez que podem possibilitar possíveis comprovações de fatos e o desenvolvimento de estratégias voltadas para Tomada de decisões necessárias para melhoria dos serviços de saúde, assim como, propiciar achados que visem à reorientação das práticas dos profissionais.

Desta forma, a partir dos dados coletados e do cálculo das frequências de respostas das questões que abordavam características dos Modelos Privatista, Sanitarista e da Estratégia Saúde da Família, para cada questão, foi identificada a hipótese específica a ser testada, conhecida como hipótese alternativa (H_1), podendo ser expressa por $p > 0,5$ ou $p < 0,5$, de acordo com o que for definido, e a hipótese nula (H_0) que é representada por $p = 0,5$ ¹⁰.

Para especificar alguns atos e ações, seja por profissionais ou por Distrito Sanitário, optou-se por realizar o Teste da Diferença entre Proporções, onde $H_1: p_1 \neq p_2$ e a $H_0: p_1 = p_2$, ou seja, a proporção de respostas é igual¹⁰.

Após definidas as hipóteses, determinou-se o nível de significância ($\alpha = 0,05$) e utilizando-se o *software* R (www.r-project.org) versão 2.9, calculou-se a estatística do teste para saber se o resultado está na região de rejeição ou não, de acordo com o p-valor obtido, para assim, tomar a decisão. Desta forma, caso o p-valor seja menor que o nível de significância, a hipótese nula será rejeitada, significando que os dados observados testemunham fortemente contra H_0 e, nesse caso, será adotado a H_1 . No entanto, caso não se rejeite H_0 , indica que não há evidências suficientes para rejeitar H_0 .

Nessa perspectiva, realizado esses Testes de Hipóteses, evidenciou-se que, embora os pressupostos do Modelo de Estratégia Saúde da Família sejam aplicados pelos profissionais dos DS I e DS II, características dos Modelos Privatista e Sanitarista ainda foram identificadas. Estas características foram agrupadas por Modelo de Atenção a saúde e elaboradas hipóteses para aplicação dos testes para proporção, como revelam os resultados a seguir.

Não existem conflitos de interesses e o projeto da pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS o qual foi aprovado com o Parecer nº 0148, em 29 de abril de 2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte da amostra 105 profissionais, sendo 57 profissionais do DS-I (26 médicos e 31 enfermeiros) e 48 profissionais do DS-II (21 médicos e 27 enfermeiros), conforme planejamento amostral apresentado anteriormente.

Caracterizando os atos e ações desenvolvidos pelos profissionais médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa-PB.

Considerando que alguns atos e ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), podem ainda estar muito impregnados de características de outros modelos que se pretende superar, terminando por desprivilegiar as características da própria Estratégia, voltando-se o cuidado apenas para intervenção nos estados doentes e não voltado para as necessidades de saúde, optou-se por realizar Testes de Hipóteses objetivando verificar a proporção dos profissionais médicos e enfermeiros dos DS I e DS II quanto aos atos e ações desenvolvidos.

Características dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros segundo os Modelos de Atenção Privatista

Embora a reorientação do modelo assistencial na qual se insere a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja uma proposta formalmente concreta, no campo das práticas, permanece em construção e, em virtude disso, co-existem elementos de ambos os modelos de atenção a saúde¹¹.

Assim, características do Modelo Privatista como: demanda espontânea, oferta de serviços demandados pelos usuários, ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos, ainda são ações presentes nos serviços de saúde.

Nesse contexto, tendo em vista que a pressão espontânea e desorganizada da demanda que condiciona a organização e recursos para oferta revela uma característica do Modelo Privatista⁶, de acordo com os resultados, mais de 95% dos profissionais afirmaram que a Unidade de Saúde da Família (USF) em que se inserem trabalha com a chamada “demanda espontânea”, isto é, atende a indivíduos que procuram os serviços de saúde por sua iniciativa própria.

Do ponto de vista estatístico, através do teste para proporção, considerando as hipóteses apresentadas, como ilustra a Tabela 01, foi constatado um p-valor menor que o nível de significância estabelecido e, assim, evidenciando-se que a maioria dos profissionais trabalha com a demanda espontânea.

Nesse sentido, verifica-se que existe uma grande proporção de profissionais que acabam inserindo em sua prática o atendimento a indivíduos que procuram os serviços de saúde por sua iniciativa própria. No entanto, esta realidade não indica que esses profissionais priorizem esse tipo de atendimento, uma vez que pode não influenciar na organização do serviço na USF, já que foi evidenciado que somente 23% dos profissionais afirmaram utilizar, no seu processo de trabalho administrativo, apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários. Esta realidade possui evidências estatísticas, pois através do teste para proporção, tendo como H_1 se a minoria dos profissionais, no processo de trabalho administrativo, utiliza apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários, foi verificado um p-valor menor que o nível de significância, confirmando, assim, esta hipótese.

Diante desta realidade, é necessário que se compreenda que a organização da assistência é o foco da atuação setorial desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, dentre os desafios, destaca-se o de substituir o modelo privatista e de livre demanda e, assim, implementar os princípios da universalidade e integralidade¹².

Nesse contexto, embora os resultados revelem que a demanda espontânea ainda se faz presente nos serviços de saúde dos profissionais médicos e enfermeiros, é importante reconhecer que não se pode desconsiderar a procura dos usuários por livre iniciativa. Ressalta-se ser ainda um grande desafio à gestão dos serviços de saúde considerar o conjunto de demandas e necessidades, numa ética que contemple os interesses da coletividade e as necessidades de usuários e dos diversos grupos de trabalhadores de saúde¹³.

No que se refere às ações de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais, apenas 11% afirmaram desenvolver ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos. Do ponto de vista estatístico, a partir do teste de proporção, constatou-se que, no processo de trabalho educativo, a minoria dos profissionais realiza essas ações pontuais e focalizadas.

Esta realidade também foi verificada por profissional de saúde a partir do teste de hipóteses para comparação de proporção. No entanto, não foram obtidas evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula (p -valor = 0.863), evidenciando que não existem diferenças entre médicos e enfermeiros nessa conduta.

Esses resultados revelam que, embora a maioria dos profissionais valorize ações generalistas, o que condiz com as propostas da ESF, merece destaque a existência de profissionais que ainda contemplam ações educativas de forma pontual e focadas nas especificidades.

Assim, considerando que os profissionais que trabalham na Atenção Básica deveriam compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, implicando a união de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias, como demonstram os resultados, os profissionais do estudo ainda implementam práticas estabelecidas pelo modelo privatista que acabam não destacando tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas.

Diante dessa realidade, o estilo de pensamento curativista na educação em saúde, por ter foco nas patologias e impositivo na relação profissional-paciente, é realizado na perspectiva da prescrição de conduta, saindo o usuário da Unidade com uma prescrição na mudança de hábito a ser implementada em seu cotidiano, sem levar em conta seus valores e modo de viver¹⁴⁻¹⁵.

No entanto, no âmbito da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais da saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para

assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, devendo extrapolar o campo da informação, integrar a consideração de valores, de costumes, de modelos e de símbolos sociais, que levam a formas específicas de condutas e práticas^{14,16}.

Características dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros segundo os Modelos de Atenção Sanitarista

A análise ainda revelou outras formas de intervenção desenvolvidas pelos profissionais médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários em estudo, ao considerar algumas características subjacentes ao Modelo Sanitarista: campanhas sanitárias e programas especiais, controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer e informações e esclarecimentos pontuais.

Os dados evidenciaram que os profissionais do estudo acabam não contemplando a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Esse tipo de assistência que enfrenta os problemas de saúde da população através de campanhas e programas especiais, é uma característica do Modelo Sanitarista⁶.

Nesse contexto, constatou-se que 100% dos profissionais afirmaram utilizar, nas USF, campanhas e programas especiais de saúde para atender a população usuária dos serviços.

Os resultados ainda revelaram que mais de 72% dos profissionais também concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Resultados que também possuem evidências estatísticas, uma vez que, constatou-se a partir do teste de proporção, que no processo de trabalho, a maioria dos profissionais volta-se para o controle de outros agravos ou de determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer.

Esses resultados apontam um desafio para gestão dos serviços de saúde no sentido de reduzir esse tipo de assistência, já que de acordo o Ministério da Saúde, na ESF deve-se buscar implementar ações que respondam aos problemas e necessidades sociais de saúde da população, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes¹², e não apenas enfrentando problemas de saúde por meio de campanhas e no controle de agravos.

Levando em consideração que as campanhas acabam visando, entre outros aspectos, ao esclarecimento e à informação da comunidade, não compreendendo práticas educativas estruturadas⁶, merece destaque o fato de que, embora a maioria dos profissionais do estudo tenha anteriormente afirmado que no seu processo de trabalho educativo utilizam ações generalistas, visando à promoção da saúde dos usuários, estes se contradizem ao afirmarem que fornecem esclarecimentos e informações pontuais à comunidade, sendo uma realidade afirmada por mais de 87% dos profissionais, fato evidenciado estatisticamente.

Ao verificar essa realidade por profissional e por Distrito Sanitário, não houve evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula, já que os valores do p-valor encontrados foram maiores que o nível de significância (p-valor = 0.167 e p-valor = 1, respectivamente), podendo revelar assim que a postura da maioria dos médicos e dos enfermeiros não difere, assim como também os resultados podem indicar que a forma de organização das atividades desenvolvidas pelos DS I e DS II não é diferente, uma vez que não houve evidências estatísticas que apontassem diferenças entre as proporções dos profissionais.

Percebe-se que, embora os profissionais afirmem desenvolver ações com vistas à promoção da saúde, ainda pode estar presente a visão biologista, o que pode interferir no entendimento do que seria promoção da saúde e, desta forma, contribuir para o

desenvolvimento de ações educativas condizentes com os modelos de atenção a saúde anterior ao da ESF, uma educação voltada para doença, com viés curativista, visando apenas ao esclarecimento e informação aos usuários.

Características dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros segundo o Modelo de Atenção Estratégia Saúde da Família

Como visto anteriormente, os resultados revelam que ainda existem características dos modelos privatistas e sanitaristas no campo de trabalhos dos profissionais médicos e enfermeiros dos DS I e DS II. No entanto, ao abordar as características da ESF, percebeu-se que a maioria afirma considerar os pressupostos deste Modelo, mesmo podendo não ser aplicados na prática, uma vez que características dos outros modelos ainda estão presentes no processo de trabalho desses profissionais.

A partir da análise dos dados, observou-se que apenas 3,8% dos profissionais do estudo afirmaram que a Unidade de Saúde da Família (USF) na qual se inserem não atende as necessidades de saúde da população usuária, apontando que utilizam apenas a demanda espontânea ou a oferta de serviços demandados. Esta realidade foi estatisticamente evidenciada (Tabela 03), a partir do teste de proporção, ao constatar que a minoria dos profissionais se insere nesta realidade.

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família compreende uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em novas bases e critérios, a partir a atenção básica tendo como objetivo principal a transformação das práticas assistenciais características do modelo tradicional de assistência, orientadas para a cura de doenças, de forma a priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Tal estratégia parte de uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, tendo como foco de atenção a família, entendida a partir do ambiente em que vive¹⁷.

Nesse sentido, os resultados revelam que a maioria dos profissionais, ao considerar as necessidades de saúde dos usuários e não apenas a demanda espontânea, está condizente com o modelo da ESF, pois mesmo tendo a maioria afirmado trabalhar com a demanda espontânea (como visto anteriormente), esta não está sendo o foco dos serviços de saúde, já que as necessidades de saúde estão sendo consideradas no processo de trabalho destes profissionais.

Ao se abordar o trabalho em equipe, apesar de 57,14% dos profissionais entrevistados priorizarem atividades em equipe, estimulando discussões sobre problemas prioritários da comunidade, do ponto de vista estatístico, constatou-se um p-valor maior que o nível de significância, revelando que não há evidências estatísticas suficientes para rejeitar H_0 e, consequentemente, afirmar que a maior parte dos profissionais prioriza o trabalho em equipe.

Ainda sobre o trabalho em equipe, ao verificar essa realidade por profissional de saúde, não se obtiveram evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula (p-valor = 0.7988), evidenciando que não existem diferenças entre médicos e enfermeiros quanto a essa conduta.

Na ESF, a existência de um espaço para o planejamento e organização do processo de trabalho da equipe encontrado na reunião dos profissionais proporciona a oferta de um cuidado mais integral e resolutivo. A articulação entre os saberes dos vários profissionais possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, considerando a complexidade dos indivíduos¹⁸.

Deste modo, vale ressaltar que, a partir do momento em que se considera o trabalho em equipe, passa-se a romper com as ações dos serviços de saúde de forma individualizada e desintegrada da atenção, características de modelos anteriores ao da ESF, promovendo assim as discussões sobre os problemas prioritários da comunidade.

No que se refere ao processo educativo voltado para capacitação dos usuários, os resultados revelaram que apenas 9,5% dos profissionais afirmaram não realizar ações com

essas finalidades. Tal fato pôde ser evidenciado estatisticamente, através do teste de proporção, evidenciando que a minoria dos profissionais se insere nessa realidade.

Vale ressaltar que foi constatado nesse estudo que os profissionais afirmaram fornecer esclarecimentos e informações pontuais à comunidade em seu processo de trabalho educativo, fato preocupante, uma vez que se percebe uma confusão pelos profissionais do que seria um processo educativo com base em informação.

Assim, é importante entender que a informação é o conteúdo do processo de comunicação. Este, por sua vez, implica necessariamente que haja interação interpessoal dos sujeitos envolvidos. O processo educativo, no entanto, está além do processo de comunicação, já que a educação é uma prática social que dá significado à informação, referindo-a ao conhecimento, desenvolvendo a capacidade de sua compreensão plena pela reflexão e, sobretudo, provendo sua aplicação prática¹⁹.

Diante dos resultados apresentados, percebe-se que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros desenvolve suas práticas conforme o estabelecido pelo Ministério da Saúde, implementando e organizando suas ações de acordo com os princípios do Modelo de Atenção à saúde da ESF, conforme o apresentado no Plano Municipal de João Pessoa-PB, no entanto, a minoria encontrada requer uma atenção, pois é preciso que os profissionais estejam atentos para que não fiquem alheios à finalidade da ESF e, assim, não se afastem do compromisso e da responsabilidade pela saúde do usuário. É necessário que façam uma reflexão acerca de suas práticas, a fim de torná-la aplicável ao contexto no qual está inserido e, desta forma, atender ao que condiz a ESF.

CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, tem-se observado mudanças nos modelos de atenção à saúde e essas mudanças exigem reorganizações e transformações nos processos de trabalho dos profissionais desta área, no sentido de superar atos e ações, ainda presos aos modelos Privatistas e Sanitaristas, em suas versões mais tradicionais.

Ao buscar uma aproximação junto aos médicos e enfermeiros, em exercício nos Distritos Sanitários I e II, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, foi possível caracterizar atos e ações de saúde destes profissionais, contraditoriamente, vinculados aos Modelos Assistenciais Privatista, Sanitarista e da Estratégia Saúde da Família (ESF) concomitantemente, revelando que, embora a maioria dos profissionais execute atos de saúde próprios do Modelo da ESF, pelo menos no campo da intenção, há evidências estatísticas de que estes também utilizam práticas características dos demais Modelos em seus processos de trabalho.

Merecem destaque ainda as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais, uma vez que foi evidenciado que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros executava ações pontuais, focalizadas nas especificidades dos agravos, limitado a transmissão de conhecimento. Esta realidade se contrapõe aos pressupostos da ESF, já que a promoção da saúde pressupõe o trabalho articulado entre as três dimensões, permeado pelo diálogo franco e aberto entre profissionais e usuários do sistema de saúde, sobre as necessidades desse último grupo.

Este conhecimento pode auxiliar os gestores dos serviços de saúde em seus Processos de Tomada de Decisão para verificação da ocorrência de elementos dos modelos assistenciais em processos de trabalho profissional e pode auxiliar, também, os próprios profissionais a reavaliar suas práticas, constituindo-se um caminho seguro e aberto a futuras investigações nos três níveis de atuação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- [1]- Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Gutiérrez MGR: Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Rev Esc Enfermagem USP*, 2006, 40(2).
- [2]- Carvalho SR: As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. saúde coletiva*, 2004, 9(3): 669-678.
- [3]- Ribeiro FA: Atenção Primária e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. 2007. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Faculdade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2007.
- [4] - Pontes APM. *e col.* Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev. bras. enferm.*, 2010, 63(4):
- [5] - Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL: SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *IESUS*, 1998, 2(1).
- [6] - Paim JS: Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: *Epidemiologia e Saúde*. 6a edição. Editado por Rouquayrol, MZ, Filho NM. São Paulo: Medsi, 2003.
- [7]- Ministério da Saúde (BR): A implantação da unidade de saúde da família. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2000.
- [8]- Carvalho SR, Cunha GT: A gestão da atenção na saúde: elementos para pensar a mudança da organização da saúde. In: *Tratado de Saúde Coletiva*, 2a edição. Editado por Campos GWS. e col. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2008:
- [9]- Cochran GC: *Sampling Techniques*. New York: Wiley, 1977.
- [10]- Triola MF. *Introdução à Estatística*, 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.
- [11]- Silva CP, Dias MAS, Rodrigues AB: Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Cienc. Saúde Colet*, 2009, 14(supl): 1453-1462.
- [12]- Ministério da Saúde (BR): Política Nacional da Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Brasília, 2006.
- [13]- Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y: Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saúde Publica*, 2009, 43(3): 721-725.
- [14]- Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF: A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde Soc*, 2007, 16(1): 57-68.
- [15]- Reis ASR, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC: A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface-communic, saúde, educ*. 2007, 11(23): 655-666.
- [16]- Alves VS: Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ*, 2009, 9 (16): 39-52.
- [17]- Ministério da Saúde (BR): Projeto promoção de saúde: Carta de Ottawa. Secretaria de Política de Saúde. Brasília, 2001.
- [18]- Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM: A integralidade no cotidiano de trabalho na ESF. *Rev Gaucha de Enferm*, 2009, 30 (4).
- [19]-Ministério da Saúde (BR): Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem. Secretaria da gestão do trabalho e da educação da saúde. Brasília, 2003.

Quadro 01 – Valores Populacionais e Amostrais, segundo distrito sanitário e profissional.

João Pessoa-PB, 2010

Distrito Sanitário	Tamanho da população	Tamanho da população	Tamanho da amostra	Tamanho da amostra
	MÉDICO	ENFERMEIRO	MÉDICO	ENFERMEIRO
I	34	45	26	31
II	26	37	21	28

Tabela 01: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo Privatista. João Pessoa-PB, 2010

Características do Modelo	Hipóteses estudadas	p-valor
Privatista		
Demanda espontânea	<p>H₀: a proporção dos profissionais que trabalha com a chamada demanda espontânea é igual a 0,5;</p> <p>H₁: a proporção dos profissionais que trabalha com a demanda espontânea é</p>	p-valor < 2.2 x 10 ⁻¹⁶

	$p > 0,5$.	
	H_0 : a proporção dos profissionais que trabalha apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários é igual a 0,5;	
Oferta de serviços demandados pelos usuários	H_1 : a proporção dos profissionais que utiliza apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários é $p < 0,5$.	$p\text{-valor} = 3.461 \times 10^{-08}$
	H_0 : a proporção dos profissionais que realiza ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos é igual a 0,5;	
Ações educativas pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos	H_1 : a proporção dos profissionais que realiza ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos é $p < 0,5$.	$p\text{-valor} = 2.924 \times 10^{-15}$

Tabela 02: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo Sanitarista. João Pessoa-PB, 2010

Características do Modelo Sanitarista	Hipóteses estudadas	p-valor
Campanhas Sanitárias e programas especiais	<p>H₀: a proporção dos profissionais que utiliza campanhas e programas especiais de saúde é igual a 0,5;</p> <p>H₁: a proporção dos profissionais que utiliza campanhas e programas especiais de saúde é $p > 0,5$.</p>	p-valor $< 2.2 \times 10^{-16}$
Controle de certos agravos ou em determinados grupos específicos em risco de adoecer ou morrer	<p>H₀: a proporção dos profissionais que no seu processo de trabalho assistencial volta-se para o controle de outros agravos ou de determinados grupos em risco de adoecer ou morrer, é igual a 0,5;</p> <p>H₁: a proporção dos</p>	p-valor $= 3.576 \times 10^{-06}$

<p>Esclarecimento e informações pontuais à comunidade</p>	<p>profissionais que seu processo de trabalho volta-se para o controle de outros agravos ou de determinados grupos em risco de adoecer ou morrer é $p > 0,5$.</p> <p>H_0: a proporção dos profissionais que fornece esclarecimentos e informações pontuais à comunidade é igual a 0,5;</p> <p>H_1: a proporção dos profissionais que fornece esclarecimentos e informações pontuais à comunidade é $p > 0,5$.</p>	<p>$p\text{-valor} = 1.349 \times 10^{-14}$</p>
--	---	--

Nível de significância (α) = 0,05%

Tabela 03: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo da Estratégia Saúde da Família. João Pessoa-PB, 2010

<p>Características do Modelo da Estratégia Saúde da Família</p>	<p>Hipóteses estudadas</p>	<p>p-valor</p>
--	-----------------------------------	-----------------------

**Necessidades de saúde da
população (indivíduo e
família)**

H₀: a proporção dos profissionais que atende as necessidades de saúde da população usuária e não apenas a demanda espontânea ou a oferta de serviços, é igual a 0,5;

p-valor < 2.2x10⁻¹⁶

H₁: a proporção dos profissionais que atende as necessidades de saúde da população usuária e não apenas a demanda espontânea ou a oferta de serviços é p < 0,5.

Trabalho em equipe

H₀: a proporção dos profissionais que prioriza atividades em equipe é igual a 0,5;

p-valor = 0.085

H₁: a proporção dos profissionais que prioriza atividades em equipe é p < 0,5.

Educação em saúde

H₀: a proporção dos profissionais que o trabalho educativo implementa ações voltadas para capacitação dos usuários é igual a 0,5;

p-valor < 2.2x10⁻¹⁶

H₁: a proporção dos profissionais que no trabalho educativo implementa ações voltadas para capacitação dos usuários é p < 0,5.

Nível de significância (α) = 0,05%