



O QUE MUDOU NOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

WHAT HAS CHANGED IN THE HEALTH SERVICES WITH THE FAMILY HEALTH STRATEGY

LO QUE HA CAMBIADO EN LOS SERVICIOS DE SALUD CON LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Ildone Forte de Morais¹, Aline Galúcio de Oliveira², Lorena Mara Nóbrega de Azevêdo³, Cecília Nogueira Valença⁴, Linda Kátia de Oliveira Sales⁵, Raimunda Medeiros Germano⁶

Este estudo tem como objetivo descrever, na visão de enfermeiros, possíveis mudanças na assistência à saúde da população, a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo analítico, com abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistadas seis enfermeiras da cidade de Caicó-RN, que trabalhavam na atenção básica, antes e depois da implantação da estratégia. As principais mudanças verificadas foram: adscrição e vínculos com a comunidade; acolhimento e humanização do atendimento; diminuição das internações hospitalares; fortalecimento da prevenção de agravos e promoção da saúde; e melhoria dos indicadores de saúde. A Estratégia Saúde da Família tem contribuições significativas para mudar o foco no processo de produção dos serviços de saúde, com maior valorização das ações de prevenção das doenças e de promoção da saúde.

Descritores: Saúde da Família; Enfermagem; Reforma dos Serviços de Saúde.

This study aims to describe, through the nurses' point of view, possible changes in health care to the population, since the implementation of the Family Health Strategy (FHS). It is an analytical study with a qualitative approach using semi-structured interviews. We interviewed six nurses from the city of Caicó-RN, who worked in primary care before and after the strategy. The major changes observed were: Ascription and links with the community, care and humanization of care, fewer hospital admissions, strengthening of disease prevention and health promotion and also improvement of health indicators. It is concluded that the FHS is a strategy that has made significant contributions to change the focus in the production of health services, with greater appreciation of the actions of disease prevention and health promotion.

Descriptors: Family Health; Nursing; Health Care Reform.

El objetivo fue describir, en la percepción de enfermeros, posibles cambios en la atención de salud a la población, a partir la aplicación de la Estrategia Salud de la Familia. Estudio analítico, con enfoque cualitativo, con entrevistas semiestruturadas. Se entrevistaron seis enfermeras de Caicó-RN, Brasil, que trabajaban en la atención primaria, antes y después de la estrategia. Los principales cambios observados fueron: adscripción y vínculos con la comunidad; acogimiento y humanización de la atención; menos ingresos hospitalarios; fortalecimiento de la prevención de enfermedades y promoción de la salud; y mejora de los indicadores de salud. La Estrategia Salud de la Familia ha hecho contribuciones significativas para cambiar el enfoque en la producción de los servicios de salud, con mayor valoración de medidas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Descriptorios: Salud de la Familia; Enfermería; Reforma de la Atención de Salud.

*Recorte da dissertação "Saúde da família: uma estratégia de mudança no processo de produção dos serviços de saúde", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF/UFRN), em 2008.

^{1,5}Enfermeiras. Docentes da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó. Natal, RN, Brasil. E-mails: ildoneforte@yahoo.com.br, lindakatia.enfermagem@yahoo.com.br.

^{2,3}Enfermeiras. Mestrandas do PGENF/UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: aline_galucio@yahoo.com.br, lozenanobregaazevedo@yahoo.com.br

⁴Enfermeira. Doutoranda do PGENF/UFRN. Docente da UERN, Campus Caicó, RN, Brasil. E-mail: cecilia_valenca@yahoo.com.br

⁶Enfermeira. Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente do PGENF/UFRN. Natal, RN, Brasil. E-mail: rgermano@natal.digi.com.br

Autor correspondente: Cecília Nogueira Valença

Rua André Sales, 667. Paulo VI. CEP: 59300-000. Caicó, RN, Brasil. E-mail: cecilia_valenca@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A criação e a consolidação do sistema único de saúde (SUS) de forma a enfrentar as diferenças internas e as ameaças constantes pelos escassos recursos financeiros tem sido um desafio constante. A democratização da saúde representa um desafio para o fortalecimento do SUS, diante da urgente necessidade de transformar práticas cotidianas que desqualificam o usuário e o destituem dos direitos humanos em direção ao acolhimento digno e à atenção eficaz. Apesar desse desafio, podemos afirmar que a política de saúde representa hoje mais uma questão de Estado do que de governos⁽¹⁾.

Neste ensejo de consolidação dos princípios e diretrizes que regem o SUS, insere-se a atenção básica como a principal porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde oferecidos pelo sistema. Nesse âmbito, a atenção à saúde deve ser realizada à pessoa, à família e à comunidade, efetivando a integralidade da assistência através da articulação entre ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação.

Nessa linha, a Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada Programa Saúde da Família (PSF), originou-se no Brasil com a finalidade de reorientar o modelo de assistência à saúde a partir da atenção básica, seguindo os princípios do SUS⁽²⁾.

Assim, essa nova estratégia veio facilitar o acesso ao atendimento à saúde e contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços públicos. Do mesmo modo, veio investir e determinar a construção de uma nova forma de saber-fazer em saúde, no sentido de imprimir mudanças e superar os estigmas das práticas pedagógicas tradicionais e do modelo médico-assistencial, hegemônico na saúde⁽³⁾. Este novo modelo deve estabelecer suas ações na perspectiva de assistir o indivíduo e sua família dentro de um contexto historicamente construído.

Se de um lado a ESF traz consigo a tradição herdada da vigilância à saúde, por outro reconhece que a alteração do modelo assistencial acontece a partir da organização do processo de trabalho. Qualquer mudança deve vir acompanhada de alterações estruturais e transformações no comportamento das pessoas, e além das reflexões teóricas sobre o novo modo de ver/fazer a saúde, deve-se disponibilizar condições concretas para sua verdadeira consolidação⁽⁴⁾.

Dessa forma, a ideia de mudança, de um novo fazer em saúde, é uma perspectiva a ser alcançada nessa nova estratégia, a qual deve ser entendida desde o movimento da reforma sanitária brasileira até sua materialização na construção e implantação do SUS.

Assim, a busca por transformações no cotidiano dos serviços de saúde apresenta a ESF, objeto deste estudo, como um instrumento para repensar e refazer o processo de produção dos serviços de saúde.

Nesse sentido, importa apreender a visão de enfermeiros que atuam na atenção básica, acerca da mudança paradigmática que está em curso no processo de produção dos serviços de saúde e, além disso, registrar suas dificuldades e estratégias utilizadas na operacionalização dessa mudança.

Partindo desta perspectiva, definimos as seguintes questões de pesquisa: Qual a visão de enfermeiros acerca da ESF? O que mudou no processo de produção dos serviços de saúde a partir da ESF? Estas, entre outras questões, nos inquietaram e nos motivaram a realizar um estudo acerca do cotidiano da produção dos serviços de saúde na estratégia citada, lócus por excelência da atenção básica e espaço de nossa atuação profissional.

Acreditamos que a Estratégia Saúde da Família é um instrumento de mudança no processo de produção dos serviços de saúde, pois sua filosofia e diretrizes apontam para práticas assistenciais pautadas na saúde

coletiva, sendo elemento decisivo para consolidação do SUS.

Este papel transformador é reafirmado quando se observa que a reestruturação da atenção básica tem o objetivo de obter uma maior cobertura da população e de atuar na prevenção de doenças e promoção da saúde, onde devem existir profissionais qualificados para o enfrentamento de problemas e que possam responder à demanda⁽⁵⁾.

Diante disso, podemos admitir a relevância deste estudo ao fato de poder contribuir para as discussões acerca da função da ESF no cotidiano dos serviços de saúde e de aprofundar o debate no que diz respeito às possibilidades de mudanças com a consolidação da referida estratégia.

Assim, as contribuições deste trabalho poderão reforçar e apontar novas tentativas de desvendar as possibilidades de caminhos que a ESF utiliza para ampliar sua atuação nas mudanças comprometidas com a coletividade e com a justiça social, uma vez que o trabalho é um lócus formador dos profissionais de saúde, no qual atuam como pioneiros da construção da ESF, num processo de construção e reconstrução de saberes, trocando experiências num fazer complementado pelo outro⁽⁶⁾.

Desta forma, o objetivo deste estudo é descrever, na visão de enfermeiros, as possíveis mudanças na assistência à saúde da população, a partir da ESF.

MÉTODO

Para analisar, na visão de enfermeiros, mudanças ocorridas no processo de produção dos serviços de saúde após a implantação da ESF, realizamos um estudo analítico com abordagem qualitativa.

A opção pelo método qualitativo tem como fundamentação a possibilidade de se trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais

profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽⁷⁾.

Utilizamos, para coleta dos dados, entrevista individual semi-estruturada com questões abertas e fechadas, o que possibilita certo controle da conversa, e permite relativa liberdade em acrescentar questões ou esclarecer respostas fornecidas pelo entrevistado, conforme a necessidade⁽⁷⁾. O roteiro da entrevista era composto inicialmente por questões de identificação da participante, como idade, tempo de atuação no serviço de saúde e participação em cursos relacionados à ESF. A seguir, as questões eram voltadas para as principais mudanças ocorridas no serviço de saúde a partir da implantação da ESF, destacando seus pontos fortes e fragilidades.

Participaram seis enfermeiras, dentre as dezenove que trabalham em Unidades Básicas de Saúde localizadas em Caicó/RN, tendo em vista o critério de inclusão de terem vivenciado a produção dos serviços de saúde antes e depois da implantação da ESF neste município. Com a intenção de manter o anonimato dos entrevistados decidiu-se identificá-los com figuras da mitologia grega, ficando assim nominados: Selene, Métis, Eveno, Fílopes, Mântica e Tália.

Para coleta de dados, inicialmente estabelecemos contatos com as enfermeiras, que, de antemão, se disponibilizaram a participar das entrevistas. Para garantir nosso acesso às UBS, foi solicitada autorização da Coordenação do PSF do município de Caicó/RN. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas para o estudo estão localizadas nos bairros João XXIII, Walfredo Gurgel, Paulo VI, Vila do Príncipe e Castelo Branco, todas mantendo em funcionamento a ESF desde sua implantação na cidade.

As entrevistas foram realizadas individualmente nas respectivas UBS em que as enfermeiras trabalham, pois, assim, tivemos o contato privilegiado com o campo

empírico, possibilitando-nos a visualização do processo de produção dos serviços de saúde. Com aquiescência das respondentes, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Para análise dos dados utilizamos o método da análise de conteúdo, identificando, a partir dos depoimentos das entrevistadas, os núcleos de sentido, considerando a importância de encontrarmos na comunicação, a presença e frequência destes núcleos, por se tratarem em elemento de significação para o objeto analítico visado⁽⁷⁾.

Assim, na operacionalização da análise, seguimos os seguintes passos: lemos exaustivamente o material empírico, buscando identificar os núcleos de sentido em conformidade com os objetivos propostos, os quais foram "Atenção básica antes da ESF" e "Atenção básica em saúde após a ESF"; elaboramos quadros representativos de cada núcleo, complementando com depoimentos das entrevistadas. A seguir, procedemos à análise propriamente dita, realizando inferências e interpretações do material coletado em articulação com o referencial teórico acerca do tema, conforme documentos do Ministério da Saúde.

O estudo recebeu autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, conforme parecer nº 268/2008 e coletou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos entrevistados, respeitando os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As discussões sobre as mudanças que a ESF proporciona no processo de produção dos serviços de saúde têm sido destacadas como elemento de reorganização do modelo assistencial. Com esta estratégia, passou-se a levar saúde até a casa das pessoas, além de realizar visitas a escolas e creches. O trabalho realizado por equipe multidisciplinar tem maior

abrangência na promoção à saúde e prevenção de agravos.

A Saúde da Família, no Brasil, também é um dos poucos sistemas que oferecem acesso à saúde bucal na atenção básica, além de contar com agentes de saúde da comunidade, que realizam atividades educativas e visitas domiciliares.

A ESF é entendida como um fator que permite a aproximação e a interação do profissional com os membros que compõem esse núcleo familiar, tornando-se uma estratégia de reorientação do modelo assistencial individual para o integralizado, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Visa o desenvolvimento de ações de promoção, recuperação, reabilitação da saúde e prevenção das doenças e agravos mais frequentes. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de profissionais a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS⁽⁸⁾.

A ESF surgiu a partir de um conjunto heterogêneo de atores políticos, em nível estadual e posteriormente federal, que viram no programa de agentes comunitários de saúde (PACS) e em seu sucessor, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala⁽⁹⁾.

Assim, a partir de 1994 e, principalmente no período 1998 a 2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS⁽⁹⁾.

Reforçando este ideal, na Portaria nº 648/2006, do Ministério da Saúde, é estabelecido que a ESF é a estratégia prioritária para que a atenção básica do país seja reorganizada, uma vez que tem como um dos

alicerces o acesso contínuo e universal a serviços de saúde de qualidade, fato que reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, integralidade, equidade, e estratégias como a descentralização, participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários⁽¹⁰⁾. Para alcançar estas metas, a reorientação a partir da ESF possibilita mudança de práticas, tendo como eixo norteador a integralidade.

Ressaltamos que o sentido atribuído à integralidade na ESF contempla uma visão ampliada do ser humano, respeitando o seu contexto de vida, as necessidades sentidas pelos sujeitos individuais/coletivos e suas relações com outros determinantes⁽¹¹⁾.

Neste sentido, pesquisando as mudanças proporcionadas pela ESF, o presente estudo, a partir das falas das enfermeiras entrevistadas, explicita que a atenção básica em saúde, antes da implantação da estratégia possuía algumas características, tais como: modelo assistencial hospitalocêntrico centralizado na doença e na cura; ações pontuais para demanda espontânea nos postos de saúde e centros de saúde; fragilização das ações preventivas e da promoção da saúde; acesso restrito aos serviços de saúde; atendimento sem vínculo com os usuários e desumanização no atendimento.

As enfermeiras entrevistadas, ao serem indagadas acerca da Atenção Básica antes da ESF, assim se pronunciaram: *Bem, olhe eu já trabalhei nos dois tipos de atenção à saúde. Particpei do antes e depois da ESF. Quando a gente trabalhava sem a ESF, a gente não trabalhava tanto a parte preventiva. E agora com a ESF, a gente tem uma visão da parte preventiva com mais afínco. No serviço passado a gente fazia só aquela parte curativa. Chegava, atendia o paciente e ia embora (Mântica). Antes (da ESF) todos os serviços eram direcionados para o hospital. Não existia atenção primária, secundária. Era tudo uma mistura só (Tália). Bem, a realidade aqui era que as Unidades (Básicas de Saúde) funcionavam como centrinhos de saúde, onde só tinha a figura de um profissional médico e uma auxiliar de enfermagem e uma equipe de apoio, pessoal administrativo e de serviços gerais. Então, as Unidades de Saúde tinham vários especialistas: um ginecologista, um*

pediatra, um clínico geral, que ali chegavam e atendiam aquela demanda espontânea que estava ali reprimida (Selene). As pessoas antes (da ESF) não procuravam os serviços de prevenção (de doenças). Elas só procuravam os serviços quando estavam doentes. E com a ESF a gente ficou informando as famílias sobre os atendimentos. Como é que eles vão procurar a Unidade (Básica de Saúde). Quando devem procurar (Fílopes).

Além disso, para as enfermeiras entrevistadas, o acesso da população aos serviços de saúde era restrito, tendo como cenário o atendimento sem vínculo e, muitas vezes, desumanizado. *O antes, como era antes da ESF, o paciente vinha de madrugada para tirar uma ficha. Então era atendido sem vínculo nenhum com o profissional, com a equipe (Eveno). Eu achava até o serviço desumano (antes da ESF), eu tive a oportunidade de vê um médico atender dez pessoas de uma só vez. Às vezes atendendo na porta de uma emergência. Não era aquele serviço mais organizado. Era assim: atendeu (usuário) vai embora. Se vire. Volte para sua casa. O que é diferente hoje (Tália).*

Após a implantação da ESF ocorreu um processo de mudanças radicais na Atenção Básica. Uma importante mudança foi a adscrição das comunidades, determinando vínculos entre usuários e profissionais de saúde, o que conseqüentemente tem possibilitado o acolhimento e a humanização do atendimento, no sentido de responsabilização das equipes da estratégia pelo acompanhamento do processo saúde/doença dos indivíduos e de suas famílias.

Dentre outras mudanças na atenção básica em saúde, depois da ESF, mencionadas pelas enfermeiras entrevistadas, podem ser citadas: diminuição das internações hospitalares; fortalecimento das ações preventivas e da promoção da saúde; melhoria dos indicadores de saúde (pré-natal, crescimento e desenvolvimento, imunização, entre outras); desenvolvimento de tecnologias leves que apontam para a Clínica Ampliada; monitorização do processo saúde/doença individual e coletivo; integralidade da assistência; parceria com a comunidade, possibilitando o controle social; atuação conjunta de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Percebemos a existência de outra forma de atenção, uma vez que a ESF proporcionou o trabalho de uma equipe de saúde que, vinculada a programas de educação que busquem formar indivíduos comprometidos com o cuidado da saúde da comunidade e de sua própria, responde diretamente pelo sucesso da promoção à saúde⁽¹²⁾.

Esta equipe, inicialmente composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, é disposta em áreas adscritas, onde ocorre o acompanhamento dos usuários e há garantia de atendimento sem a necessidade de tirar fichas, reconhecendo as pessoas da comunidade pelo próprio nome, conforme podemos observar nos seguintes depoimentos: *A gente trabalha numa comunidade adscrita. A gente tem uma epidemiologia daquela área. A gente conhece o pessoal da área. As doenças que acontecem naquela comunidade. Então enriquece de uma forma positiva, a ESF, porque a gente está em contato com a comunidade (Mântica). Acredito que se tenta, cada equipe melhorar, e essa mudança seria isso aí, que o paciente teria uma atenção diferenciada, ele não precisa tirar ficha, não existia grupos, além da assistência individual, a gente trabalha também com estes grupos, a parte educativa. E eu acredito que uma das grandes mudanças é esta, que o paciente não seja tão solto, tão abandonado, ele tem uma equipe. Então, eu acredito que esta mudança, é neste sentido, do paciente não ficar tão desamparado (Tália).*

Demonstrando o papel relevante da enfermagem na ESF, tendo por base a experiência acumulada, no que diz respeito às atividades de planejamento, execução e avaliação das ações assistenciais, educativas e administrativas, que são a base para o desenvolvimento da estratégia, este profissional ampliou sua inserção, colocou-se à frente de espaços estratégicos e abriu novas possibilidades, qualificando o trabalho na operacionalização dos programas/estratégias, identificando valores necessários à re-estruturação da atenção básica⁽³⁾. *Com o primeiro Agente de Saúde eu vi exatamente onde cada pessoa morava e o nome de cada rua. E eu registrei aquilo ali. Na primeira microárea, até hoje, as pessoas lembram o meu nome e, eu lembro o deles também. Outra coisa, antes não tinha vínculo. O médico que vinha atendia e não tinha uma equipe. Agora não, hoje a população sabe que naquela*

Unidade (Básica de Saúde) vai ter uma equipe de saúde. Vai ter um enfermeiro que cuida (Fílopes). O peso maior da ESF é a humanização. Acredito que seja a humanização. Por quê? Porque na ESF a gente trabalha com áreas delimitadas, uma área, com suas respectivas micro-áreas. Então com isso, na ESF tenta-se, a equipe, conhecer os usuários da área a ser trabalhada e com isso, cria-se um vínculo e eu acredito que com este vínculo a gente conhece a realidade mais de perto (Eveno).

Com isto, no âmbito da resolubilidade, como pré-requisito primordial e da ocorrência da transição do modelo de atenção à saúde, o acolhimento foi instituído como uma estratégia para reorientar a assistência⁽¹³⁾.

Esta nova forma de fazer saúde também possibilitou a latente mudança do modelo assistencial, uma vez que está ocorrendo a diminuição do número de internações hospitalares em articulação com o fortalecimento das ações preventivas e da promoção da saúde que apontam para a melhoria dos indicadores de saúde. *Então o próprio serviço de assistência que tem se dado, desde 2001, quer dizer, o que a gente pode considerar, assim, que foi uma coisa visível foi o índice de internamentos que diminuiu por causa da ESF. Então eu acho que isso já é uma segurança de que ESF está funcionando. Falta melhorar, mas que tá funcionando. A cobertura vacinal aumentou; nós também temos casos de alcoólatras que deixaram (o vício); se encontrou hipertensos que ninguém sabia, que eles próprios não sabiam que eram hipertensos e a ESF através do cadastro (familiar) foi detectando (Tália). A questão, assim, de prevenção (de doença), que melhorou bastante com a ESF. Prevenção de câncer de mama. De colo do útero. Até o de próstata. E a questão dos indicadores (de saúde) como imunização, mortalidade infantil, o aleitamento (materno) também. O acompanhamento pré-natal, que era exclusivamente hospitalar. Informações sobre teste do pezinho (Fílopes). A ESF diminuiu o índice de internações hospitalares; diminuiu os índices de mortalidade infantil e materna; aumentou o índice de acesso ao pré-natal; de imunização (Selene). Na ESF é importante a parte preventiva porque a doença não chega. Então a gente faz muitos trabalhos educativos fora da Unidade (Básica de Saúde), contando com os setores aqui: os grupos de hipertensos, os diabéticos (Mântica).*

Neste sentido, a ESF tem apresentado algumas mudanças significativas, em termos tecnológicos, para o processo de produção dos serviços de saúde, pois, a tecnologia leve, que está associada à produção de relações, de vínculos, acolhimento e autonomização,

deve ser valorizada na assistência à saúde no âmbito do SUS⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Da mesma forma, também percebemos, nesta investigação, esta melhoria na acessibilidade aos serviços de saúde com a monitorização do processo saúde/doença nas esferas individual e coletiva, tentando valorizar a escuta do sujeito.

Isso é mais uma mudança proporcionada pela ESF através do desenvolvimento da tecnologia leve, pois no modelo anterior havia uma fragmentada assistência à saúde, sem maior preocupação com o seguimento do tratamento e/ou acompanhamento do processo saúde/doença dos usuários.

As entrevistas que se seguem mostram que na ESF os profissionais de saúde devem ser co-responsáveis pela continuidade da assistência à saúde e desenvolver a escuta da dor do outro como instrumento de valorização dos usuários na perspectiva da clínica ampliada. *Olhe às vezes você faz a coleta de uma citologia oncótica de uma paciente, e se ela não vem à Unidade (Básica de Saúde), e se deu algum problema de C.A. (câncer), então eu mando o Agente (Comunitário de Saúde) lá ou vou pessoalmente resolver o problema dela, encaminhar para um serviço de alta complexidade. Mas antes (da ESF), ela era perdida. Ela achava que aquele exame (papanicolau) era uma besteira. Ficava em casa. Nem procurava o serviço de saúde e nem o profissional tinha a responsabilidade de ir atrás dela. Eu estou na minha comunidade, a responsabilidade é da equipe. Então eu vou lá e resgato. E dou andamento ao tratamento (Mântica). Acredito que pelo fato do profissional conhecer a realidade. Vê o sofrimento ali mais de perto, quer dizer, você não vai ver o paciente, o usuário somente aqui na sala, mas sim, você vai in loco. Vai conhecer a realidade. Então acredito que depende do profissional, acho que quando a gente vê o sofrimento ali mais de perto a gente tenta ser mais humano. Até a questão da empatia, você tem que se colocar no lugar do outro. Então eu acredito que seja isso. Você, tendo em vista, você vendo os problemas mais de perto, conhecer a realidade, então você tenta prestar uma assistência melhor, porque aquela assistência você podia ter dado (Tália). Mudou com essa estratégia, porque, como falei, a gente trabalha numa comunidade adscrita. E eu tenho todo um controle da comunidade e não só é aquele atendimento corrido, que eu faço aqui aquela consulta. Eu escuto aquele paciente e não perco ele de vista. Eu estou acompanhando ele. Com a ESF isso foi um ganho muito positivo, nesse sentido da gente ter uma comunidade*

onde pode trabalhar e tá em contato com ela (comunidade), onde pode acompanhar (Eveno).

Desse modo, na Atenção Básica, que tem como princípios orientadores a adscrição da clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade, principalmente quando essa adscrição é feita por equipe, não ocorre um encontro casual com o "doente" em situação de isolamento, mas sim há encontros seguidos no tempo, em situação de concorrência da intervenção terapêutica com as intervenções da vida⁽¹⁶⁾.

Ressaltamos também que na atenção básica a ESF apresenta este desafio de trabalhar em parceria com a comunidade, uma vez que é preciso romper com a lógica medicalizante e curativista.

Voltando ao que referiram as entrevistadas, seus depoimentos possibilitam inferir que outra mudança, proporcionada pela ESF, tem sido o desenvolvimento de estratégias no campo da clínica ampliada. Porém, este processo pode se mostrar complexo, produzindo um sentimento de frustração nos profissionais e tornando necessário um segundo eixo laboral na clínica ampliada, conceituado como "construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas". Tal conceito se traduz na formulação de novas expectativas pessoais em relação ao trabalho exercido, a fim de impedir o estabelecimento de uma relação unilateral com o paciente⁽¹⁷⁾.

É importante discutir as dificuldades em responsabilizar-se pela saúde dos outros, bem como a de encarregar-se da construção de projetos terapêuticos e do acompanhamento sistemático de casos singulares.

Na ESF, é preciso colocar a doença entre parênteses e isso significa permitir a entrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, sem descartar o doente e o seu contexto, tendo em vista que, no processo saúde-doença, os problemas de saúde surgem articulados a contextos culturais, socioeconômicos e políticos⁽¹⁸⁾.

Antes da ESF, um dos princípios fundamentais do SUS estava sendo gravemente ferido, qual seja, a integralidade. Nesse sentido, faz-se necessário que a discussão que versa sobre a mudança, a partir da ESF, encontre eco nesta integralidade da atenção.

A integralidade não se constitui apenas na diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas representa uma "bandeira de luta", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas desejáveis. A integralidade tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta investigação percebemos que o processo de produção dos serviços de saúde, no contexto do SUS, deve ser vislumbrado como algo em permanente transformação, pois, no cotidiano desses serviços, algumas mudanças vêm sendo percebidas por aqueles que neles trabalham.

Como foi descrito ao longo deste trabalho, estas mudanças estão em curso; estão acontecendo neste momento, apesar de todas as dificuldades. Apesar dos obstáculos, a Saúde da Família tem sido operacionalizada, constituindo a verdadeira porta de entrada para os serviços de saúde. Tem diminuído o número de internações hospitalares, melhorado os indicadores de saúde, como: cobertura vacinal, pré-natal, acompanhamento de crianças no programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD), hipertensos e diabéticos, entre outros.

Vivemos atualmente o desafio da construção de políticas de saúde em articulação com os ideais da reforma sanitária. Assim, nesta transformação, a ESF tem papel de destaque como instrumento que permite a construção de pressupostos que ultrapassam a clínica tradicional, pautada no modelo curativista.

Foi possível visualizar, portanto, que a ESF é uma estratégia que tem contribuições significativas para mudar o foco no processo de produção dos serviços de saúde. Nessa mudança de foco, vislumbramos a valorização da prevenção das doenças e da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):743-52.
2. Sales AAR, Freitas LV, Damasceno AKC. Estudo descritivo de unidades básicas de saúde da família do município de Pacatuba, Ceará, Brasil. *Rev Enferm UFPE [periódico na Internet]*. 2009 [citado 2010 Mar 18]; 3(3):167-75. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/170/170>.
3. Costa RK, Miranda FAN. O enfermeiro e a estratégia Saúde da Família: contribuição para mudança do modelo assistencial. *Rev Rene*. 2008; 9(2):120-8.
4. Mellin AS, Pinto AG. Aproximação do processo de trabalho no projeto de saúde da família em centro de saúde de campinas. *Rev Enferm UFPE*. [on line] 2008 [citado em 2010 mar 18]; 2(2):147-56. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/418/411>
5. Albuquerque APA, Barros FA, Araújo EC, Barreto AC Neto. Ações educativas de enfermeiros, médicos e agentes comunitários em unidades de saúde da família. *Rev Enferm UFPE [periódico na Internet]*. 2008 [citado 2010 mar 19]; 2(1):28-35. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/403/396>
6. Villa EA, Aranha AVS. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. 2009; 18(4):680-7.

7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2000; 34(3):316-9.
9. Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção básica no SUS. Rev Bras Saúde Família. 2004; 5(7):10-23.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
11. Pires VMMM, Rodrigues VP, Nascimento MAA. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. Rev Enferm UERJ. 2010; 18(4):622-7.
12. Lanzoni GMM, Lino MM, Schweitzer MC, Albuquerque GL. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. Rev Rene. 2009; 10(4):145-54.
13. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):100-10.
14. Brito BL, Titonelli ANA. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. Texto & Contexto Enferm. 2009 ; 18(3):532-41.
15. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.
16. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
17. Cunha GT. Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica [tese]. Campina (SP): Universidade Estadual de Campina. Faculdade de Ciências Médicas; 2009.
18. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1):154-60.
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO; 2003.

Recebido: 07/06/2011

Aceito: 25/01/2012