

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ILDONE FORTE DE MORAIS

**SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA DE MUDANÇA NO PROCESSO  
DE PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**

NATAL-RN  
2008

ILDONE FORTE DE MORAIS

**SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA DE MUDANÇA NO PROCESSO  
DE PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raimunda Medeiros Germano.

NATAL-RN  
2008

### Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Morais, Ildone Forte de.

Saúde da família: uma estratégia de mudança no processo de produção dos serviços de saúde / Ildone Forte de Moraes. – Natal, RN, 2005  
95 f.

Orientadora: Dra. Raimunda Medeiros Germano.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de pós-graduação em Enfermagem.

1. Saúde da Família – Dissertação. 2. Palavra-chave – Dissertação. 3. Palavra-chave - Dissertação. 4. Palavra-chave – Dissertação. I. Germano, Raimunda Medeiros. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU: 614

## **BANCA EXAMINADORA**

A Dissertação “Saúde da Família: uma mudança no processo de produção dos serviços de saúde”, apresentada por Ildone Forte de Moraes, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), foi aprovada e aceita como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raimunda Medeiros Germano - Orientadora**

Departamento de Enfermagem da UFRN

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jordana de Almeida Nogueira - Titular**

Departamento de Enfermagem da UFPB

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Soraya Maria de Medeiros - Titular**

Departamento de Enfermagem da UFRN

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clélia Albino Simpson - Titular**

Departamento de Enfermagem da UFRN

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu pai, Francisco Leite Forte (in memoriam), que lutou até os últimos dias de sua existência, com muita fé e paciência, para proporcionar algumas vitórias em minha vida.*

*Pai que me tirou da escuridão e me colocou na luz.*

*Pai que sonhou com a conquista do meu ingresso no ensino superior.*

*Pai que muitas vezes sofreu calado e chorou escondido quando fui reprovado em alguns vestibulares.*

*Pai que rezou e pediu a Deus que seu filho amado pudesse conquistar este sonho de um dia estudar na faculdade.*

*Se hoje ele estivesse vivo, certamente, teria orgulho redobrado, pois consegui caminhar um pouco mais que o previsto, com a conclusão do Mestrado. É mais um sonho realizado. Um sonho real que muitas vezes mistura-se com o sonho imaginário, pois, quando estou dormindo, ele sempre aparece, acolhendo-me com seu amor...*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL:**

Professora Raimundinha,

Como devo agradecer suas contribuições, suas orientações e sua amizade?

Será que devo agradecer por cada página deste estudo que tem sua ternura, que tem seu olhar crítico, que tem seu equilíbrio nos momentos de dizer sim, nos momentos de dizer não?

Será que devo agradecer pela oportunidade de tentar navegar na produção textual. No “já” que não precisava. No “a” acraseado que faltou ou estava no lugar errado. Na vírgula que não pode separar o sujeito do verbo. Na citação incoerente com o restante do texto. No autor que deveria ser referenciado?

Será que devo agradecer pelos inúmeros artigos, livros, dissertações e revistas que foram indicadas? Que foram discutidas. Que foram escolhidas cuidadosamente e que mesmo eu negando você dizia: “eu sei que você irá precisar”. Eu sempre precisei.

Será que devo agradecer pela sua capacidade de agraciar meu coração de pai e marido, pois antes das orientações marcadas você sempre perguntava, com uma intencionalidade generosa: “E Ana, como vai. E sua esposa. Está tudo bem?”. Isto para mim tem um significado especial.

Será que devo agradecer pelos momentos em que a formalidade da orientação de conteúdos e textos era irrelevante, diante das circunstâncias adversas de minha vida, em que chorei ao seu lado, pedindo conselhos?

Como agradecer? O que devo dizer? O que não posso esquecer? O que devo lembrar neste momento?

Esta é uma tarefa difícil. Mas, também pode ser fácil quando se sabe que a vida deixou marcas. Que estas marcas irão continuar.

Devo lembrar que ao meu lado esteve Raimunda Medeiros Germano, que ocupou, quando foi necessário o lugar de outra Raimunda. A Raimunda Alice, minha mãe. Que ocupou também, quando foi preciso, o lugar da ausência infinita do meu pai, Francisco Leite Forte.

Lembrança é recordação daquilo que não volta nunca mais e que está sempre voltando.

Lembrança também é uma forma de agradecimento, de dizer o quanto você foi importante em minha vida. De dizer, também, o quanto você é importante.

Muito Obrigado!

## **AGRADECIMENTOS:**

A construção desta pesquisa tem uma longa história. Muitos encontros e desencontros, vitórias e derrotas. Muito sentimento, acima de tudo.

Minhas escolhas, para concretização deste caminho, iniciaram através da graduação em enfermagem na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) em Mossoró-RN. Textos e livros de autores como Laurell, Mendes, Barata, Merhy, Mattos, dentre outros, foram preparados, servidos e saboreados com os docentes Moêmia Gomes, Wanderley Fernandes, João Bosco Filho, Josélia Bandeira e Suzana Carneiro.

Também foi na graduação onde tive a oportunidade de ingressar no Programa de Ensino Tutorial – PET, espaço de luta coletiva e construção fervorosa de idéias e debates. Nesse espaço alguns colegas precisam ser lembrados, pois como poderei esquecer Irismar Karla, Marcelo Viana, Jennifer do Vale e Silva, Andrezza Graziella, Kallynne Kelly, Juce Ally e Ádilla Palhilma.

Desde esta época minha mãe, Raimunda Alice de Moraes Forte, tem permanecido calada por longos momentos, pois a dor e a tristeza pela morte de meu pai ainda sufoca bastante. Ela, como já disse em minha monografia, me fez escutar coisas valiosas com seu silêncio. E eu sei, também, que este silêncio é uma forma de dizer o quanto ela me ama. Entretanto, nas inúmeras viagens que fiz para Natal/RN, para cursar este mestrado, nunca faltaram suas palavras dizendo: vai com Deus, meu filho. Nisto ela jamais ficou calada.

Desde esta época meus irmãos, Carlos Antônio Forte, Ubaldo Moraes Forte e Antônio de Oliveira Forte Neto, estiveram ao meu lado. Eu sei o quanto eles me amam e acreditam no meu potencial. Eu sei o quanto eles também estão felizes por mais uma conquista.

Foi também nessa época que conheci o grande amor de minha vida, Linda Katia Oliveira Sales, amável esposa. Para ela dedico “soneto de fidelidade” (Vinícius de Moraes). E peço desculpas pelas ausências durante o mestrado, mas agradeço pela presença na ausência da dor, muitas vezes, suprimida a partir do nosso amor.



Dessa época para hoje tenho tido poucas amizades. Não de qualquer tipo. Falo amigos verdadeiros. E nesse sentido, ocupam lugar de destaque nessa pequena lista quatro pessoas: Francisco Janio, Jennifer do Vale e Silva, Ismênia Gurgel e Diego Bonfada. Janio é amigo de longas datas. Desde nossa infância futebolística no campo ao do Nogueirão, passando pelo cursinho, faculdade e recentemente pós-graduação em Natal/RN. Jennifer é pessoa com quem compartilho minhas angústias e conquistas intelectuais, pessoais, emotivas e acadêmicas. Ismênia Gurgel é amiga recente. Ela é a sinceridade na relação de pessoas que precisam aproveitar as potencialidades e respeitar as fragilidades de verdadeiros amigos. Eu aprendi isto com ela. Eu aprendi em nossa amizade a necessidade de construção de laços cooperativos, pois na sociedade atual impera o individualismo extremado. Diego Bonfada é conquista recente, apesar de nos conhecermos desde a graduação. Ele esteve comigo inúmeros finais de semana em Caicó/RN durante a construção deste trabalho. Foram momentos de muita solidão no apartamento, mas que a presença dele foi decisiva para que eu pudesse compartilhar minhas lágrimas e sorrisos. Amigo, lembro-me muito bem de um dia quando conversamos sobre nossos pais e para mim, aquele momento foi um divisor de águas para entender o quanto você é importante. Eu sei qual é sua dor. Eu sinto também a sua dor.

Dessa época até hoje precisam ser lembrados:

Os professores do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em especial, Gilson Torres, Soraya Medeiros, Bertha Cruz, Clélia Albino, Francisco Arnoldo e Rosineide Santana.

Os colegas da residência do mestrado na UFRN, Wilton e Wagner, que me ensinaram o valor de “cavar” trincheiras na tentativa de superar as adversidades da vida. Na nossa amizade jamais faltou o colchão para mais uma noite de descanso e a cordialidade em compartilhar o almoço no Restaurante Universitário (RU).

As amigas do mestrado, Senei, Érika Louise, Idanésia, Ariane, Luciane, Gysella, Kátia, Maisa, Viviane, Neyla, e em especial, Lauriana, que foi determinante na escolha do meu objeto de estudo.

Dona Graça, com amor grandioso na biblioteca da pós-graduação, mais uma amizade conquistada. E Sebastião, que na recepção guardava cuidadosamente minha mochila, textos e livros.

As enfermeiras do Programa Saúde da Família (PSF) de Caicó/RN, que participaram desta pesquisa.

Os docentes do Departamento de Enfermagem da UERN de Caicó/RN Dulcian Medeiros, Roberta Kaliny, Cristyanne Holanda, Alcides Leão e Rosangela Diniz.

O professor Raposo, que foi o primeiro mestre comprometido com minha formação e inspirador para conseguir ser aprovado na graduação e no mestrado.

Os meus familiares, mais próximos, que estiveram nesta caminhada, como Zulmira, Neuma, Cláudia, Jonhatas, Mariana, Elina Patrícia, Antonimar, Ana Beatriz, Tatiane Mirelle, Antônio Sales e Maria da Conceição.

O Senhor nosso Deus, que como em pegadas na areia, deve ter me carregado nos momentos de fraqueza, solidão, desesperança...

E, Ana Gabriela Oliveira Forte, minha filha. Expressão maior do amor, a quem dedico meu agradecimento através da canção "Aos nossos filhos":

Perdoem a cara amarrada,  
Perdoem a falta de abraço,  
Perdoem a falta de espaço,  
Os dias eram assim...

Perdoem por tantos perigos,  
Perdoem a falta de abrigo,  
Perdoem a falta de amigos,  
Os dias eram assim...

Perdoem a falta de folhas,  
Perdoem a falta de ar  
Perdoem a falta de escolha,  
Os dias eram assim...

E quando passarem a limpo,  
E quando cortarem os laços,  
E quando soltarem os cintos,  
Façam a festa por mim...

E quando lavarem a mágoa,  
E quando lavarem a alma  
E quando lavarem a água,  
Lavem os olhos por mim...

Quando brotarem as flores,  
Quando crescerem as matas,  
Quando colherem os frutos  
Digam o gosto pra mim...

Digam o gosto pra mim...

Ivan Lins e Vitor Martins.

*Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento.*

*Clarice Lispector*

## RESUMO

MORAIS, Ildone Forte de. **Saúde da Família: uma estratégia de mudança no processo de produção dos serviços de saúde**. Natal, 2008. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, 2008.

O presente estudo tem como objetivo analisar, na visão de enfermeiros, as mudanças no processo de produção dos serviços de saúde, após a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, que utiliza entrevistas semi-estruturadas como principal ferramenta de abordagem empírica. Foram entrevistadas seis enfermeiras da cidade de Caicó-RN, que trabalhavam na atenção básica, antes da implantação do PSF, e continuam trabalhando. Pela análise empreendida, as principais mudanças verificadas no processo de produção dos serviços de saúde com a implantação do PSF, no contexto da atenção básica, foram: a adscrição e vínculos com a comunidade; acolhimento e humanização do atendimento; diminuição das internações hospitalares; fortalecimento da prevenção de agravos e promoção da saúde; melhoria dos indicadores de saúde; enfim, ações que sinalizam para a realização dos princípios da integralidade, equidade e universalidade, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, apesar dos aspectos positivos identificados, o PSF apresenta algumas fragilidades, tais como: a dificuldade do trabalho coletivo; descompasso entre a formação dos profissionais e as exigências do modelo de saúde atual; alta rotatividade dos profissionais de saúde e precarização do trabalho. Além disso, foram apontadas algumas estratégias que podem ser utilizadas para melhor orientação do processo de produção dos serviços de saúde, como a intersetorialidade, educação permanente, desprecarização do trabalho e melhoria na condução da gestão dos serviços de saúde. Assim, concluímos que o PSF apresenta mudanças significativas no processo de produção dos serviços de saúde para a consolidação do SUS, embora esteja inserido em um contexto de adversidades que podem ser superadas através da luta coletiva dos distintos atores sociais.

**Palavras-chave:** Saúde da Família, Mudança, Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

MORAIS, ILDONE FORTE de. **Family Health: a strategy for change in the process of providing health services**. Natal, 2008. 95 f. Dissertation (Máster Degree in Nursing) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

The purpose of this study is to analyze, from the point of view of nurses, changes that took place in the process of providing health services after the introduction of the Family Health Program (FHP). It is an investigation of qualitative nature that uses semi-structured interviews as a main empirical approach tool. Six nurses from the city of Caicó, Rio Grande do Norte, who were working with basic care before the introduction of the FHP, within basic care, were: adscription and ties with the community; hospitality and the humanization of care-giving; decrease in cases of inpatient treatment; strengthening of the prevention of injuries and health promotion; improvement of health indicators, finally, actions that point towards meeting the principles of wholeness, equity and universality as a declaration of the Brazilian National Health Care System (SUS). Nevertheless, in spite of all recognizable positive aspects, the FHP has some weaknesses, such as: the difficulty posed by collective work; the mismatch between professional education and the demands of the current health standard; a poor physical infrastructure of the Basic Health Units; a high health staff turnover and precarious work conditions. In addition to this, some strategies that can be used to help improve the process of providing health services have been pointed out, such as, coordination between sectors, continuous education, making work conditions less precarious and improving the means whereby health service management is conveyed. Thus, finally, we understand that the FHP does bring forward meaningful changes to the process of providing health services to strengthen the Brazilian National Health Care System (SUS), in spite of the fact that it lies within a scenario of adversities that can be overcome through the collective endeavor of the several social actors.

**Keywords:** Family Health, Change, Health Services.

## LISTA DE QUADROS

### QUADRO

Quadro 01	Atenção Básica em saúde, antes do PSF. Entrevistas realizadas pelo autor no segundo semestre de 2008	59
Quadro 02	Atenção Básica em saúde, depois do PSF. Entrevistas realizadas pelo autor no segundo semestre de 2008.	61
Quadro 03	Fragilidades do PSF. Entrevistas realizadas pelo autor no segundo semestre de 2008.	68
Quadro 04	Sugestões para tentar superar as fragilidades do PSF. Entrevistas realizadas pelo autor no segundo semestre de 2008.	74

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
BEMFAM – Bem-Estar Família no Brasil  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
DAB - Departamento de Atenção Básica  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários  
PES – Planejamento Estratégico Situacional  
PPI – Programação Pactuada Integrada  
PSF – Programa Saúde da Família  
  
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde  
  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
  
SUS – Sistema Único de Saúde  
  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba  
UERN – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte  
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	17
2	<b>OBJETIVOS</b>	22
3	<b>A IDEALIZAÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA A SAÚDE</b>	23
3.1	CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	23
3.2	ACERCA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF	37
4	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	52
5	<b>OS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b>	56
6	<b>DESVENDANDO MUDANÇAS A PARTIR DO PSF</b>	58
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	83
	<b>REFERÊNCIAS</b>	86
	APÊNDICES	95
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	96
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
	ANEXOS	100

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), que em seus fundamentos basilares contempla o modelo epidemiológico de intervenção em saúde, requer uma nova forma de pensar o processo saúde/doença individual e coletivo. Nesse contexto, o processo de produção dos serviços de saúde deve ultrapassar os limites históricos e tradicionais do modelo hegemônico centrado no curativismo e no biologicismo.

Nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup> constitui-se em elemento fundamental do SUS para a reorganização do processo de produção dos serviços de saúde. Sustentando esta afirmação, Franco e Merhy (2002, p. 53) afirmam que “sua implantação tem o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional”. O que se propõe com o PSF é a superação do modelo exclusivamente clínico, pautado na fragmentação e especialização médica voltada para o corpo doente. Este novo modelo, a que estamos nos referindo deve estabelecer suas ações na perspectiva de assistir o indivíduo em sua família dentro de um contexto historicamente construído.

Para Franco e Merhy (2003, p. 07), se de um lado o “PSF traz a tradição herdada da vigilância à saúde, por outro reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da organização do processo de trabalho”.

Dessa forma, a idéia de mudança, de um novo fazer em saúde, é uma perspectiva a ser alcançada no PSF. Essa mudança deve ser entendida desde o movimento da reforma sanitária brasileira até sua materialização na construção e implantação do SUS.

---

1. Neste trabalho estamos utilizando as siglas PSF e ESF indistintamente, bem como a expressão Saúde da Família.

Aliás, muitos nem acreditavam na mudança que seria possível a partir do momento que a reforma sanitária deixou de ser apenas um ideário de luta coletiva, para ganhar força e tornar-se de fato e de direito uma transformação nas políticas de saúde do Brasil. No caso do SUS, podemos dizer que o mesmo, enquanto instrumento de legitimação da cidadania, foi fruto das mudanças estabelecidas pela reforma sanitária.

Isto nos mostra que uma mudança nunca pode ser encarada como um fato isolado, descontextualizado. E que sempre uma mudança gera outras mudanças, pois quando falamos da reforma sanitária, por exemplo, devemos compreender em que contexto ela estava inserida e seus desdobramentos, isto é, que fatores foram determinantes para seu êxito. Qual a conjuntura política pela qual passava o país? Quais as conseqüências para os serviços de saúde? Como, a partir desse movimento os sujeitos sociais passaram a atuar nos serviços de saúde? Como os serviços de saúde se organizaram?

Diante disso, devemos perceber o caráter processual de uma mudança, pois, no contexto da cidadania, esta pode ser lenta e gradativa, tendo como eixo norteador negociação e pactuação entre os atores sociais.

Este parece ser um dos grandes desafios do PSF. Não de se fazer qualquer mudança, de mudar por mudar. Mas de realizar uma mudança paradigmática no campo da saúde. Mudar para conseguir garantir a efetivação do direito à saúde, da integralidade e da universalidade da assistência, como bem recomenda as diretrizes da política nacional de saúde. Logo, essa mudança talvez não aconteça rapidamente, como num passe de mágica. Mas, nos parece que esta possibilidade de mudança deve se circunscrever na trilha das conquistas paulatinas e pactuadas entre gestores, profissionais de saúde e comunidade.

Seguir a trilha dessa mudança não é tarefa fácil. Pelo contrário, muitos são os obstáculos que se interpõem ao longo do caminho. Naturalmente, o que esperamos encontrar em um estudo dessa natureza. Tentar perceber que neste caminho existem dificuldades, dificuldades estas que precisamos e devemos conhecer para que possamos superá-las.

Assim, parece-nos conveniente salientar que a busca por mudanças no cotidiano dos serviços de saúde apresenta o PSF, objeto deste estudo, como instrumento para repensar e refazer o processo de produção dos serviços de saúde. Portanto, partimos do pressuposto de que a ESF propicia mudanças significativas nas ações de saúde das comunidades onde ela se insere.

O interesse por este tema nos acompanha desde a Graduação em Enfermagem realizada na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FAEN/UERN), quando participamos, na condição de enfermeiro, da vivência no PSF de uma comunidade periférica de Mossoró-RN. Nessa mesma época, produzimos uma monografia intitulada “Estratégia Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde do CAIC Carnaubal: um feixe de luz em meio à escuridão”, constituindo, hoje, o embrião deste trabalho.

Por esta razão, esta escolha vem sendo gestada desde a nossa primeira experiência como enfermeiro, realizada nos anos de 2005 e 2006 no PSF do município de Severiano Melo–RN, lócus privilegiado de nossas primeiras inquietações sobre as possibilidades de mudança no processo de produção dos serviços de saúde. A partir desse cenário, muitas foram e continuam sendo as reflexões, que até hoje nos acompanham na formulação desta proposta de pesquisa.

Acrescentamos, ainda, que na definição deste projeto, pesou, igualmente, nossa atuação na docência do ensino superior na faculdade de enfermagem da UERN, Campus do Seridó, onde atualmente lecionamos na área da Saúde Coletiva as disciplinas Epidemiologia e Enfermagem, Saúde Coletiva, Processo Produtivo e Temas Avançados em Saúde Coletiva, que são desenvolvidas na articulação com a Atenção Básica em saúde, principalmente com o PSF das cidades de Caicó-RN e Santa Cruz-RN. Isto tem determinado nossa inserção na integração teoria/prática do processo de produção dos serviços de saúde no PSF, deixando como marca o reforço das reflexões ora mencionadas.

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 do PSF? O que mudou no processo de produção dos serviços de saúde a partir do PSF e quais as resistências, potencialidades e fragilidades identificadas no Programa? Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para efetivar estas mudanças no PSF? Estas, entre outras questões, nos inquietam e nos motivam a realizar um estudo acerca do cotidiano da produção dos serviços de saúde no PSF, lócus por excelência da atenção básica e espaço de nossa atuação profissional.

Acreditamos na idéia que o PSF é potencialmente um instrumento na mudança do 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.

Compactuando com esta possibilidade, em recente matéria veiculada na Revista Brasileira de Saúde da Família, intitulada "Organizando o SUS a partir do PSF", é demonstrado que durante o ano de 2003, no Ministério da Saúde ocorreram mudanças que dinamizaram a relação com os estados e municípios. Essas transformações foram importantes para usuários do SUS, uma vez que permitiram a implantação de projetos e medidas que aumentaram o acesso da população à rede pública de saúde (SOLLA, 2004).

Nesta matéria é enfatizado o papel do PSF como agente de mudança e a aposta do Ministério da Saúde no seu potencial transformador, pois destaca a Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial, em que, a partir de 1994, vem sendo implantada de forma a abarcar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos do SUS.

A atual política do Ministério da Saúde reafirma essa opção com relação à reorganização do modelo de atenção à saúde, propondo, como eixo desse processo a ampliação e qualificação da atenção básica (TEIXEIRA, 2004).

De fato, uma análise da concepção brasileira de Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas no campo da Saúde Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes

operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (MS, 2004).

Diante disso, podemos admitir a relevância deste estudo ao fato de poder contribuir para as discussões acerca do papel do PSF no cotidiano dos serviços de saúde e de aprofundar o debate no que diz respeito às possibilidades de mudanças com a consolidação do referido programa.

Nesta mudança entendemos ser fundamental ressaltar as potencialidades e fragilidades identificadas no processo de produção dos serviços de saúde, em particular do PSF.

Assim, as contribuições deste trabalho poderão reforçar e também apontar novas tentativas de desvendar as possibilidades de caminhos que o PSF utiliza para ampliar sua atuação nas mudanças comprometidas com a coletividade e com a justiça social, uma vez que Merhy (1997) destaca esse espaço como estratégico de mudança do modo de produzir saúde.

## **2 OBJETIVOS:**

**2.1 Objetivo Geral:** Analisar, na visão de enfermeiros, as mudanças ocorridas no processo de produção dos serviços de saúde após a implantação do PSF.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- a) Descrever as possíveis mudanças na assistência à saúde da população, a partir do PSF;
- b) Discutir as principais resistências, potencialidades e fragilidades na operacionalização das mudanças na assistência à saúde da população, a partir do PSF;
- c) Identificar as estratégias geradoras de mudanças na operacionalização do PSF.

### **3 A IDEALIZAÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA A SAÚDE**

Este capítulo aborda, em sua primeira parte, a trajetória do movimento sanitário a caminho da construção da reforma sanitária brasileira, com vista à estruturação do SUS. Em um segundo momento, destaca o PSF como um dos principais pilares de capilarização do SUS.

#### **3.1 CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A década de 1970 deixou marcas profundas na discussão sobre as possibilidades de mudanças no entendimento e abordagem do processo saúde/doença, pois foi no ano de 1977 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a meta: “Saúde para todos no ano 2000” (SPT-2000), reflexo do momento pelo qual passava o cenário da saúde em nível mundial.

Neste período, era bastante discutido o conceito ampliado de saúde ligado aos determinantes sociais e a qualidade de vida. Segundo Paim e Almeida Filho (2000, p.12) “busca-se, desse modo, incorporar os avanços tecnológicos da medicina e da Saúde Pública a custos compatíveis (...), na expectativa de alcançar as metas da SPT-2000”.

Desse modo, internacionalmente, ficava estabelecido que os países do mundo inteiro, principalmente os latino-americanos e africanos, precisavam melhorar seus perfis de saúde/doença. Para tanto, deveriam trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, pois era perceptível nestes países uma atuação predominantemente clínica, biologicista e curativa, que se



distanciava da resolutividade, integralidade e do acesso universal aos serviços de saúde.

Este pensamento encontra ressonância no movimento sanitário brasileiro, que se organizava desde o início da década de 1970 e vinha crescendo em torno da construção da reforma sanitária brasileira.

Fruto das discussões de um grupo de profissionais de saúde e das ciências sociais acadêmicos, sindicalistas, usuários dos serviços de saúde, entre outros atores sociais, o movimento sanitário contestava o modelo médico-assistencial privatista, que se caracterizava pelos gastos financeiros exorbitantes, pouca resolutividade, assistência limitada à população, intervenção fortemente clínica, entre outros descompassos.

Neste processo de discussão, a história natural da doença e a teoria da multicausalidade perdiam forças e crescia a construção do conceito de determinação social do processo saúde/doença. Entretanto, devemos ressaltar que esta contestação não ocorria por acaso, mas estava situada na própria crítica ao processo de construção histórica das políticas de saúde no Brasil, que desde o início do século XX apresentava muitas contradições.

Assim, para que possamos entender o significado da reforma sanitária, devemos conhecer a construção histórica das políticas de saúde no Brasil. Logo, faz-se necessário que adentremos nesta historicidade na busca de compreender os elementos políticos, sociais e ideológicos que determinaram o seu surgimento.

Antes da reforma sanitária, o cenário da saúde no Brasil era dominado pelo modelo médico-assistencial privatista como elemento definidor das políticas de saúde no país. Esclarecendo esta situação, Timoteo (2000, p. 40) afirma:

A partir de 1960, as políticas sanitárias e de ensino, moldadas na lógica adotada pelo regime governamental, reorganizavam-se dentro da concepção privatista, repressora e tecnocrática, o que viria favorecer a expansão de grupos empresariais nos campos da educação e da saúde. Os governos nacional e local, atendendo aos interesses do capital monopolista, centralizavam a Previdência e

passavam a comprar os serviços da área hospitalar privada, relegando para segundo plano a assistência em saúde coletiva.

Seguindo esta lógica, o modelo médico-assistencial privatista adotava as seguintes premissas na atuação da assistência à saúde/doença: Predominância do saber médico, em que a figura do médico é o eixo fundamental no desenvolvimento das ações, tendo poder decisório e concentrando em suas mãos a produção desse modelo, que é a atuação pontual no corpo biológico; lucratividade do setor privado, pois como o Estado não dispunha de uma rede hospitalar adequada para atender à crescente demanda por serviços médicos, o setor privado os oferecia e obtinha cada vez mais rentabilidade financeira; o hospital, como principal espaço do sistema de saúde, imperando nesse caso o modelo hospitalocêntrico na tentativa de resolução dos problemas de saúde/doença da população, pois o hospital era o local onde concentrava a maior parte das ações de saúde deste modelo; prática curativista, em que o importante nesse modelo era a cura das doenças; os princípios de prevenção de doenças e promoção da saúde eram algo distante, prevalecendo busca constante de restabelecer a saúde nos corpos individuais; e, por fim, a prática biologicista, com atuação primordial no corpo individualizado, no corpo biológico dos indivíduos, sendo este corpo subdividido em partes com atuação médica nas especialidades.

Mendes (1999) acrescenta ainda que o modelo médico-assistencial privatista era sustentado pelo seguinte tripé: o Estado, como o grande financiador do sistema através da Previdência Social; o setor privado nacional, como o maior prestador de serviços de atenção médica; o setor privado internacional, como o mais significativo produtor de insumos.

Além disso, podemos analisar que o Estado, personificado na Previdência Social, garantia a base de sustentação financeira do modelo médico-assistencial privatista, pois comprava os serviços médicos, leia-se ações especializadas de alta tecnologia, presentes em hospitais privados. Alimentando esta cadeia comercial estava o setor privado internacional, que vendia aparelhos sofisticados e medicamentos.

Nesse contexto, o sistema de saúde possuía fortes laços do positivismo aplicado na área da saúde, sendo o entendimento do processo saúde/doença ancorado nas teorias da unicausalidade ou multicausalidade.

Nessa perspectiva, saúde e doença são entidades fragmentadas e a origem das morbidades é atribuída a micróbios, falta de higiene, insuficiente saneamento básico, contaminação do meio ambiente, dentre outros.

No entanto, esta abordagem do processo saúde/doença começa a ser questionada a partir dos anos 1970, pois tal concepção apresentava vários pontos negativos, sendo os dois mais representativos expressos na exclusão de parcelas da população na assistência à saúde e o alto custo financeiro para o Estado.

Em 1978, ocorre a Conferência Internacional de Alma Ata, ficando acordado a necessidade de desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para contingentes populacionais excluídos (MENDES, 1999).

Tendo em vista esta concepção, propagada pela OMS, vários programas de saúde comunitária são implantados na América Latina. O objetivo destes era efetuar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde à população de baixa renda em áreas periféricas.

Na trilha desta idéia é criado, no Brasil, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cuja repercussão imediata representa o crescimento da rede ambulatorial, mas que, segundo Mendes (1999, p. 49), “trabalha o entendimento reducionista da atenção primária seletiva. Caracterizando as suas ações através do entendimento de uma medicina simplificada, de baixo custo financeiro, e adequada à população carente”.

O final dos anos 1970 coincide com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, tendo como pano de fundo uma crise fiscal do estado (MENDES, 1999).

Assim, ficava evidenciado que esse modelo hegemônico apresentava inadequações à realidade sanitária de nosso país, uma vez que sua prática curativista não era capaz de alterar os perfis de morbidade e

mortalidade. Acrescente-se ainda o agravante dos custos financeiros crescentes, o que inviabilizava a sua sustentação econômica. Braga e Paula (1981, p.45) afirmam que

a partir de 1976 o discurso oficial e as medidas governamentais começam a reconhecer a crise no setor saúde. Crise no padrão de organização montado e desenvolvido desde 1966 com a criação do INPS e que teve na capitalização da medicina, (...) sua característica fundamental.

A crise financeira do Estado brasileiro, que ganha contornos na década de 1980, determinará novos rumos na vida social do país, influenciando vários segmentos sociais, inclusive o setor saúde. Nas palavras de Mendes (1999, p. 34), esta situação destaca duas novas abordagens principais no campo da saúde:

Do ponto de vista político, emergem na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferentes, que vão conformando dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra hegemônico (reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista.

Dessa forma, co-existiam dois modelos, quais sejam: o modelo da reforma sanitária e o modelo médico-assistencial privatista. O primeiro luta pelo desenvolvimento das políticas de saúde em sintonia com as condições de vida da população, além de defender a saúde como direito de cidadania. No segundo modelo, a saúde é vislumbrada como fonte de lucros, ou seja, como mais um produto que pode ser comercializado.

Diante disso, ficava clara a necessidade de mudança na política nacional de saúde com base no debate que vinha se processando desde a década de 1970. Mas em

contrapartida, o projeto que deveria ser adotado era o grande questionamento, tema de discussões nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS).

O embate ocorria em duas possibilidades. A primeira, defendia uma ampla reforma no setor saúde; a busca por ideais de cidadania na política de saúde, representada pela reforma sanitária. Já a segunda, queria manter seus privilégios e, sendo assim, apenas adequar o sistema de saúde nacional a interesses do capital – o projeto neoliberal. Confirmando esta situação, Merhy e Queiroz (1993, p.181) afirmam que “a partir dos anos 1970, duas posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora”. E eles ainda acrescentam:

A posição conservadora pouco tinha a dizer sobre a organização assistencial ou tecnológica da rede básica, uma vez que defendia uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica baseada no produtor privado. Neste modelo, a intervenção estatal só se justificaria para cuidar ou dos que ficavam fora do sistema, por não terem “capacidade social” de se integrarem ao mercado, ou das questões que não interessavam nem ao produtor privado nem ao seu modelo tecno-assistencial (MERHY e QUEIROZ, 1993, p. 181).

Por outro lado, os defensores da reforma, também aqui denominados de reformistas, não compactuavam com estas idéias, o que fica claro na luta por uma nova forma de pensar/fazer o processo de produção dos serviços de saúde:

A posição reformadora preconiza a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, ou seja, que atenda à população coberta ou não pela previdência social. Internacionalmente legitimada pela Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), postula-se o combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucionalmente, através da formação de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados de acordo com sua complexidade tecnológica e da unificação das ações a nível ministerial (MERHY e QUEIROZ, 1993, p.181).

As eleições diretas para governadores e prefeitos, respectivamente, em 1982 e 1983, constituíram um marco bastante significativo para os rumos que o Brasil adotou na saúde, pois a grande parte dos políticos eleitos tinha a municipalização do sistema de saúde como elemento favorável a ser implementado. Este contexto é marcado pelo início da redemocratização do país, colocando na arena social a necessidade de superar o modelo repressor e tecnocrático do regime militar.

A partir de então, são organizados vários encontros entre secretários municipais de saúde, objetivando discutir e colocar em prática algumas estratégias que pudessem superar problemas existentes no setor saúde dos municípios.

Além desses encontros, ocorriam, paralelamente, nesta época, as CNS, sendo a 8ª realizada em 1986, um marco para efetivas mudanças na arena sanitária brasileira. Nela é característica distintiva o seu caráter democrático, porque a mesma conseguiu agregar representantes de grande parte da sociedade brasileira, em uma expressiva demonstração de um debate democrático e participativo. Essas CNSs eram precedidas de conferências municipais e estaduais, como nos dias atuais, garantindo uma ampla participação de diversos segmentos que integram o setor saúde. Entre os atores sociais envolvidos, podemos destacar líderes comunitários, profissionais da saúde, técnicos do Ministério da Saúde, professores e estudantes universitários, políticos, dentre outros. A consequência desta CNS, nas palavras de Mendes (1999, p. 37) pode ser expressa da seguinte maneira:

A 8ª CNS, que teve como desdobramento imediato um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela comissão Nacional de Reforma Sanitária, passa, com sua doutrina, a constituir-se no instrumento político ideológico que viria influir de forma muito significativa em dois processos que se iniciam, concomitantemente, no ano de 1987: um, no executivo, a implantação do SUDS e, outro, no poder legislativo, a elaboração da nova Constituição brasileira.

Nessa perspectiva, a reforma sanitária pode ser entendida como um movimento vanguardista, assumindo a posição de lutar e servir de modelo

pelas causas sociais. Além disso, a mesma busca paulatinamente a operacionalização da concepção de saúde enquanto direito de cidadania e dever do Estado. Nas palavras de Campos (1997), tudo isto reflete uma antiga luta, isto é, no que diz respeito ao Sistema Único Descentralizado da Saúde (SUDS), vários foram os seus avanços e retrocessos, pois desde sua implantação cada novo ministro que assumia a pasta da saúde providenciava mudanças, principalmente na sua estrutura financeira, personificada nas figuras do Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Mas, sem dúvida alguma, apesar desses contratemplos, o SUDS conseguiu uma conquista fundamental para o sistema de saúde, que foi o processo de municipalização. Este foi o seu maior à Constituição Federal de 1988, que incorporou diversos pontos de interesse da Reforma Sanitária. Mendes (1999, p.39) nos explica que a carta Magna de 1988 garante os seguintes aspectos para a saúde:

- a) Conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação entre políticos sociais e econômicos.
- b) O entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena.
- c) A criação de um Sistema Único de Saúde - SUS, organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera do governo, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Dessa forma, o SUS deve seguir a mesma doutrina em todo o território nacional, sendo sustentado pelos seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade.

No que se refere à operacionalização da assistência à saúde, o SUS trabalha na perspectiva da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, os quais devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescentes, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Outro ponto referente à operacionalização da assistência é a descentralização do sistema de saúde,

cabendo a cada município a responsabilidade pela saúde de sua população. Esta, por sua vez, deve exercer o controle social, participando ativamente dos conselhos e conferências de saúde. No que diz respeito ao setor privado de saúde, ele assume o papel de complementaridade, uma vez que, existindo a insuficiência do setor público, a constituição prevê que é lícita a contratação de serviços privados.

A partir desses preceitos, tem início uma nova batalha na arena sanitária, pois como devemos operacionalizar um modelo de assistência à saúde avançada, do ponto de vista democrático de participação popular, frente a uma sociedade historicamente excluída das decisões e formulações das políticas públicas? Como fazer funcionar um sistema de saúde que trabalha na lógica do modelo epidemiológico, quando o que prevalece é o modelo clínico hegemônico? Como inverter a atuação estritamente biológica no processo saúde/doença? Estas e muitas outras questões estão fortemente presentes na concretude diária do (SUS).

Entretanto, o SUS tem procurado formular estratégias para superar o contexto adverso no qual está inserido, e um bom exemplo para isso é o PSF, criado pelo MS no ano de 1994. Inicialmente, seu objetivo era contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbidade e mortalidade infantil e materna na região Nordeste.

Antes do surgimento do PSF, tivemos a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que em 1991 foi o embrião dessa nova modalidade de abordagem do processo saúde/doença.

Sua implementação fundamenta-se na iniciativa municipal, que programa e realiza a seleção e treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) na própria comunidade onde eles residem. Desta maneira, estes devem viver uma vida semelhante a de seus vizinhos, compartilhando e desfrutando de uma vida social bastante similar. Além disso, eles devem estar preparados para orientar as famílias a cuidarem da saúde da comunidade. Apesar da pretensão inicial, na atualidade, existem agentes comunitários que moram em um bairro e trabalham em outro.



O objetivo do PACS, na época em que foi criado, era contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbidade e mortalidade infantil e materna na região Nordeste (SOUZA, 2000).

Nesta região, o Estado do Ceará foi o primeiro na implantação do PACS através de uma experiência piloto realizada em 1987. Para o funcionamento do PACS foram alocados recursos do programa de emergência e combate aos efeitos da seca. Em seguida, no ano de 1988, efetivamente o PACS passa a constituir-se oficialmente como estratégia do setor saúde daquele Estado (ANDRADE, 1998).

A partir das intervenções realizadas pelos agentes de saúde, verificou-se uma tendência de mudança favorável dos indicadores de saúde maternos/infantis. Sem dúvida alguma, os agentes de saúde, considerados como atores sociais do sistema local de saúde, potencializaram o processo de desenvolvimento das ações de saúde comunitária no Ceará, colocando o programa como eixo central da atenção ao núcleo familiar.

Andrade (1998) mostra que, neste período, o MS reuniu as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) da região Nordeste, para discutir as diretrizes na formação do ACS, ficando estabelecido que esta formação baseava-se em dois pontos fundamentais:

- Seleção: deveriam ser escolhidos no próprio município, por processo seletivo, que incluía uma etapa de entrevista, em que se buscava identificar e valorizar a qualidade mais importante para a função: o espírito de solidariedade, capaz de ajudar na conquista de mais saúde e qualidade de vida.

- Perfil do ACS: conhecer bem a comunidade onde vive, ter espírito de liderança, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade há pelo menos dois anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Tais características são necessárias para o perfil do ACS, pois ninguém melhor que os moradores da própria comunidade conseguem entender os problemas existentes em sua realidade.

Outro ponto importante, diz respeito ao papel que as SES tiveram para o fortalecimento do PACS: seja como fomentadoras da idéia; seja como orientadoras dos gestores municipais de saúde na implantação do programa em cada município. Tudo isto, portanto, realizado em sintonia com os princípios estabelecidos pelo SUS.

Neste cenário, a atenção primária, pelo leque de ações que abrange, por apresentar uma resolubilidade positiva de grande parte dos problemas de saúde das famílias, assim como impulsionar a reorganização dos demais níveis de atenção e a consolidação do Sistema Locais de Saúde - SILOS, necessariamente ganha espaço privilegiado (ANDRADE, 1998, p.55).

Entretanto, apesar de apresentar vários pontos positivos nos indicadores de saúde, o PACS sofreu “um período de crise”, onde vários questionamentos colocavam o programa em dúvida. Nos anos de 1991 e 1992, chegou até mesmo a ser suspenso pelo Ministério da Saúde. Tudo isto decorreu como fruto de um conjunto de situações:

- Neste período havia grande debate em torno da seguinte questão: como viabilizar a descentralização do sistema de saúde? O PACS apresentava visibilidade positiva de atuação em cada município, entrando no rol das discussões da efetivação da descentralização; porém, não existia um consenso a este respeito.

- A sustentabilidade financeira do PACS não estava garantida, existindo muitas vezes atraso nos salários dos ACSs, que passavam vários meses sem remuneração.

- A possibilidade de utilização eleitoral do programa também era fonte de muita discussão, pois o ACS trabalhava diretamente com a comunidade, o que poderia fortalecer os interesses políticos de determinados candidatos a cargos públicos municipais, estaduais e federais.

- Desarticulação entre a rede de serviços de saúde, reflexo da inadequada utilização dos centros e/ou postos de saúde.

Diante desta situação, compreendemos que o PACS encontrava fortes resistências para sua continuação. No entanto, dois pontos fundamentais pesavam a seu favor: primeiro, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) defendia a continuidade do PACS, haja vista a diminuição dos índices de mortalidade infantil, verificada desde a implantação do programa no Brasil. Segundo, o acúmulo de experiências bem sucedidas com o programa, dentre estas, além da diminuição dos índices de mortalidade infantil, temos o aumento de adoção do aleitamento materno exclusivo, melhoria geral da nutrição infantil, altas taxas de cobertura vacinal, entre outros feitos.

Na arena sanitária era cada vez mais visível a crise do modelo assistencial hegemônico pautado, no curativismo, sendo necessário o enfrentamento desta crise por parte do SUS, que tinha no PACS um exemplo favorável à descentralização do sistema de saúde. Era o momento de ser audacioso, pois o modelo de atuação na doença era incompatível com os preceitos doutrinários conquistados na Reforma Sanitária e legalmente estabelecidos na constituição de 1988.

Neste contexto, Souza (2002, p.25) nos explica que “o Ministério da Saúde irá assumir, em 1991, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como transitório a formatação em 1994, do Programa Saúde da Família – PSF, visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro”.

Ao PSF foi então atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, mas propondo-se uma tarefa maior que simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O PSF deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Daí seu potencial estruturante sobre o modelo, justificando a decisão do Ministério da Saúde, nos anos seguintes, de considerá-lo como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Souza (2002, p.02) esclarece que "o PSF está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica no âmbito do SUS". Nessa perspectiva, o referido programa é considerado como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, e, como tal, está inserido no nível primário de atenção à saúde.

Teoricamente o PSF possui elementos favoráveis à mudança paradigmática no processo de produção dos serviços de saúde, uma vez que são características fundamentais do programa a adscrição da clientela, a visita domiciliar, o controle social e o suporte político e institucional da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde.

A adscrição da clientela consiste em estabelecer uma população definida geosocialmente para o atendimento das equipes de saúde da família, que são constituídas por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Esta característica tenta reverter a lógica em que antigamente estava estabelecido o sistema de saúde, pois, no modelo médico-assistencial privatista, a organização da política de saúde ocorria desordenadamente, tendo o hospital como eixo fundamental do sistema. Com a reorganização do sistema de saúde brasileiro, a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a ser a porta de entrada dos serviços de saúde, compondo uma rede hierarquizada em níveis de complexidade para a assistência à saúde.

É também nessa perspectiva que se fundamenta a visita domiciliar, haja vista a importância da monitorização do processo saúde/doença da clientela adscrita. Assim, tenta-se executar um pressuposto basilar do modelo epidemiológico, que é a vigilância à saúde, sendo uma das estratégias para impedir que a doença acometa a população. E esta característica novamente quebra a lógica antiga do modelo de intervenção em saúde que era de prestar assistência curativa, predominantemente. Para Takahashi e Oliveira (2001, p.43), a visita domiciliar possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde. Sendo assim, ela é um valioso instrumento para que a equipe da ESF possa caracterizar os grupos sociais homogêneos.

O controle social, por sua vez, deve ser caracterizado como o poder decisório da população na construção das políticas de saúde, pois a própria população, melhor do que ninguém é conhecedora dos problemas de saúde/doença que lhe aflige. Em síntese, esta idéia procura resgatar a importância de se estabelecer a produção dos serviços de saúde de acordo com distintos contextos sociais, contemplando o direito dos cidadãos na efetivação do SUS.

No que diz respeito a NOAS é por demais importante que Estados e Municípios entendam que, a partir da mesma, “poderão definir com base em seu perfil demográfico e epidemiológico, ações que julguem estratégicas e necessárias” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 11). Dessa forma, o que se estabelece são responsabilidades mínimas para a atenção básica à saúde, caracterizadas pelas seguintes prioridades:

- a) Eliminação da hanseníase;
- b) Controle da tuberculose;
- c) Controle da hipertensão arterial;
- d) Controle da diabetes melíttus;
- e) Ações de saúde bucal;
- f) Ações de saúde da criança;
- g) Ações de saúde da mulher;

No entanto, não devemos pensar que a política de saúde no PSF restringe-se a estas prioridades; elas apenas indicam um caminho possível e, na verdade, cada Estado e Município devem eleger, com base em sua realidade, que ações ainda devem ser implementadas na promoção e reabilitação da saúde e prevenção das doenças.

No que diz respeito ao Pacto pela Saúde, este tem mostrado claramente que é preciso valorizar ainda mais a atenção básica, principalmente o PSF, para que o SUS possa ser fortalecido.

Dessa forma, quando falamos do Pacto, precisamos compreendê-lo como uma referência à possibilidade de acordos. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde no Brasil representa efetivar responsabilidades entre as três esferas de governo no âmbito do SUS, quais sejam: União, Estados e Municípios. Este Pacto pode ser dividido em três eixos articulados: 1º) Pacto pela Vida; 2º) Pacto em Defesa do SUS, e 3º) Pacto de Gestão.

No Pacto pela Vida, as principais metas e objetivos são desenvolver ações para a saúde Integral do Idoso; cobertura em 80% para exames do colo do útero - Exame preventivo ou Papanicolau; cobertura em 60% para mamografia contra câncer de mama; redução em 5% da mortalidade neonatal; redução em 50% dos óbitos por doença diarréica; redução em 20% dos óbitos por pneumonia; redução em 5% da mortalidade materna; criação de Comitês de Vigilância do óbito em 80% dos municípios com mais de 80mil/habitantes; redução, a menos de 1%, da infestação predial por “Aedes Aegypti” (mosquito da dengue e da febre amarela); eliminação da Hanseníase a menos de 1 caso, a cada 10.000 habitantes; cura de 85% em novos casos de Tuberculose; redução em 15% da incidência parasitária de Malária; incentivo à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), estimulando a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, controle do tabagismo e fortalecimento da Atenção Básica.

Já no Pacto em defesa do SUS temos que compreender este como política pública; repolitizar a saúde com ideais da reforma sanitária; garantir financiamento do sistema; mobilizar a sociedade civil em defesa do SUS; elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários.

E no Pacto de Gestão do SUS, as intenções são estabelecer a responsabilidade de cada esfera governamental com base na regionalização e descentralização; potencializar a descentralização com responsabilidade de estados e municípios como gestores do SUS; organizar os serviços de saúde de acordo com as demandas regionais; racionalizar custos e otimizar os gastos, criar as macrorregiões de saúde; desenvolver o colegiado de gestão regional; financiar o SUS levando em consideração a redução das diferenças regionais, repasse fundo a fundo e nova estruturação dos recursos federais em cinco blocos (atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde,

assistência farmacêutica e gestão do SUS); planejar e organizar o SUS através de um movimento articulado, integrado e solidário para permitir monitoramento e avaliação das ações em saúde e da Programação Pactuada Integrada (PPI), que deve ser o instrumento norteador das ações de saúde em cada território, direcionando recursos financeiros pactuados entre os gestores; contratualização de todos os prestadores serviços de saúde; gestão do trabalho no SUS, valorizando os profissionais de saúde através do plano de cargo, carreiras e salário (PCCS); promover a Educação em Saúde, estimulando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; instalar Ouvidorias do SUS nos Estados e Municípios e estimular a Educação Popular em Saúde como instrumento de cidadania.

Diante disso, devemos compreender o caráter de construção processual do nosso sistema de saúde. Mendes (1996) nos explica: o SUS está sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais. Assim, entendemos que a efetivação de nossa política de saúde está em plena caminhada, e como tal, há um movimento dialético de aproximação e/ou distanciamento com os objetivos propostos. Portanto, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje (MENDES, 1996). Pensar o PSF nesse contexto é entendê-lo como parte dessa caminhada, dessa política de saúde em processo de construção.

### **3.2 ACERCA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

O momento atual se reveste de fundamental importância para esclarecer definições acerca da problemática que envolve a construção do que seja o PSF. Faz-se necessário delimitar sua amplitude de atuação no âmbito do SUS, buscando compreender como o mesmo deve trabalhar as questões do processo saúde/doença, assistência à saúde, concepção de família, entre outros aspectos importantes. E para que possamos nos aproximar dessas conceituações, devemos recorrer à discussão sobre sua concepção e o que ele representa no processo de produção dos serviços de saúde.

Na perspectiva da saúde coletiva, a concepção do PSF não deve ser tratada de forma simplista. É preciso que nesta concepção esteja presente o viés da amplitude da determinação social do processo saúde/doença, pois, segundo Paim e Almeida Filho (2000), na articulação entre PSF e saúde coletiva, estas definições passam necessariamente pelos seguintes pressupostos:

- a) A saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômicas e político-ideológicas, possuindo, portanto, uma historicidade;
- b) As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais;
- c) O objeto da saúde coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar do objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações;

Como campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui para o estudo do fenômeno saúde/doença em populações; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas pelas quais a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los ( PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).



Nesse sentido, a concepção do que é Saúde da Família nos aproxima inevitavelmente da saúde coletiva e nos mostra que o PSF não deve ser entendido como mais um programa do Ministério da Saúde. Além disso, a partir do desenvolvimento conceitual e das expressões acumuladas com a implementação do PACS e do PSF, a Saúde da Família vem sendo considerada por autores, como Mendes (1996), Cordeiro (1996), Levcovitz e Garrido (1996), Paim (1998), Teixeira (2004), dentre outros, como estratégia de reorganização da atenção primária de saúde no país.

Em março de 1997, o governo federal lançou um documento anunciando “1997: o ano da saúde no Brasil”, que sublinhava a prevenção, com ênfase no atendimento básico, e mencionando os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde como estratégia de mudança do modelo assistencial (PAIM, 1998).

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde. O PSF não deve ser uma intervenção vertical e paralela nas atividades dos serviços de saúde, entretanto, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

Afirmar e reafirmar em todos os lugares que o PSF não é um programa foi necessário, ao mesmo tempo, deixar a marca de sua visibilidade política, com maior espaço para o diálogo com a cultura institucional e popularidade nos meios de comunicação. Pensar e agir como estratégia fez do PSF a semente que vem brotando, em torno dos municípios que o adotaram, um novo modelo de atenção à saúde (SOUZA, 2000).

O PSF deve ser entendido como estratégia na dinâmica de produção dos serviços de saúde, podendo atuar em diferentes comunidades que apresentam distintos problemas de saúde/doença. Dessa forma, um primeiro passo para sua efetivação pode ocorrer quando os atores sociais, envolvidos com o mesmo, elegem prioridades de acordo com a realidade específica onde atuam.

Segundo Teixeira (2004), a partir de 1994 e, principalmente, no período 1998-2002, 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. Passou a ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, um instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Mais que isso, a Saúde da Família vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior que se conjugue com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle.

Quando falamos que o PSF é uma estratégia, recorremos também a Ciampone e Peduzzi (2000), que, tratando de planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência, ressaltam que o PSF, concebido como um projeto de reorganização da atenção básica, necessita repensar os modelos de gerenciamento dos serviços, bem como, as ferramentas de gestão, apontando o Planejamento Estratégico Situacional (PES), como um destes instrumentos necessários.

Dessa forma, o PES no campo público surge exatamente da rejeição pela idéia de uma só racionalidade (a econômica) na solução das questões político-sociais e também do reconhecimento da pluralidade de atores sociais (CIAMPONE e PEDUZZI, 2000).

Assim, o planejamento estratégico deve ser discutido pelos enfermeiros junto às equipes nas quais estão inseridos, como uma das ferramentas a ser amplamente utilizada no gerenciamento dos serviços de saúde voltados para o PSF. Esta recomendação leva em consideração os princípios de inclusão e controle social que fundamentam ambas as propostas – PES e PSF (CIAMPONE e PEDUZZI, 2000).

Isto possibilitaria uma ampliação do olhar tanto no plano macroestutural como no espaço do cotidiano dos serviços de saúde, encontrando brechas para a proposição de ações de promoção da saúde e de

enfrentamento ativo das barreiras no atendimento das necessidades de saúde da população (CIAMPONE e PEDUZZI, 2000).

A discussão que envolve o entendimento a respeito do que é saúde/doença no PSF perpassa pela trajetória de avanços e retrocessos de sua conceituação, pois, historicamente, a concepção de saúde esteve ligada em oposição à doença. Como se fossem duas entidades contrárias e separadas como pólos distintos.

Nesse sentido, pensar em saúde, inevitavelmente, nos remete à construção histórica da doença em diferentes sociedades e em diferentes momentos, exigindo refletir criticamente a concepção habitual e hegemônica de que saúde é ausência de doença, defendida pelo paradigma mecanicista.

Nesse contexto, uma das primeiras compreensões utilizadas para explicação do processo saúde/doença foi à teoria miasmática, que, no século XIX, dominou a concepção desta área. Segundo Barreto (1994), “a teoria miasmática explicava que as doenças provinham das emanações resultantes do acúmulo de dejetos”.

Por outro lado, alguns povos primitivos explicavam que o surgimento das doenças estava ligado aos espíritos malignos, sendo o doente vítima de demônios, talvez mobilizados por algum inimigo. Desse modo, a saúde e a doença são vistas no universo simbólico da religiosidade.

Nessa perspectiva, compete ao feiticeiro ou xamã curar o doente, isto é, reintegrá-lo ao universo total, do qual ele é parte. Este universo total, o cosmos, não é uma coisa inerte: o cosmos “vive” e “fala”; é um macrocorpo, do qual o sol e a lua são os olhos, os ventos, a respiração, as pedras, os ossos. E, por outro lado, o corpo é um microcosmos (SCLIAR, 1987).

Nesse sentido, a saúde é vislumbrada como equilíbrio entre corpo, alma e universo. Ter saúde significava estar protegido dos espíritos malignos. Vindo à tona uma concepção mágica da saúde e da doença,

o Brasil incorporou grande parte destas práticas mágicas. O Novo Mundo, como demonstra Laura de Mello e Souza, incendiava a imaginação dos europeus, que esperavam encontrar aqui prodígios, inclusive em termos de curas maravilhosas. Além dos índios, os

negros, trazidos como escravos tinham também suas práticas mágicas e conhecimentos da medicina natural: africanos, índios e mestiços foram os grandes curandeiros do Brasil colonial. Chás, mezinhas, rezas, feitiços, benzeduras, procedimentos rituais, interdições variadas faziam parte das curas que eram proibidas pela Inquisição (SCLIAR, 1987).

No final do século XIX, com os estudos de Koch e Pasteur, na chamada revolução científica da ciência experimental, ocorre a descoberta de microorganismos patogênicos, sendo cada um deles responsável pela causa de uma doença específica. Nesse cenário consolida-se a teoria da unicausalidade: para cada doença existiria um agente biológico específico (BARRETO, 1994).

Esta concepção centraliza sua explicação da doença em um único fator, relegando qualquer aspecto relativo às condições de vida e tendo como desdobramento o reforço da visão de mundo racionalista e mecanicista, que percebe o corpo humano como uma máquina.

Segundo Barreto (1994, p.21), “o modelo unicausal em pouco tempo se mostra insuficiente para explicar uma gama de novas questões que surgiam com a produção de novos conhecimentos científicos”.

A existência de microorganismos associados à produção de doenças reaviva a concepção mecanicista de causalidade. Os agentes etiológicos, entretanto, apesar de serem causas necessárias não são suficientes, no sentido de que dependem de outros fatores para produzir alterações morfológicas funcionais e doença (BARATA, 1997).

Tentando avançar na concepção do processo saúde/doença, Leavell e Clark formulam o modelo de história natural da doença, onde este processo é expresso na relação de três elementos: homem-hospedeiro, o agente patogênico e o meio ambiente. E estes são vislumbrados na perspectiva de equilíbrio dinâmico, configurando, na prática, a balança de Gordon, na qual um dos pratos é representado pelo homem-hospedeiro; no outro, temos o agente patogênico; e, equilibrando a balança, o meio ambiente.

Entretanto, como nos modelos anteriores, a história natural da doença não desvenda os pesos e as hierarquias na dinâmica imposta pelos seus três elementos. Não considera o caráter histórico e social do processo saúde/doença (GONDIN, 1999).

Apesar dessa limitação explicativa da história natural da doença, desenvolve-se paralelamente a teoria da multicausalidade, que também reforça o cientificismo e o biologicismo. Esta concepção defende a idéia de que para cada doença podem existir vários fatores determinantes, como água contaminada, lixo, falta de higiene, microorganismos patogênicos.

Vale ressaltar que a teoria da multicausalidade não é uma idéia recente, pois como afirma Scliar (1987),

Hipócrates desenvolveu extraordinariamente a observação empírica, como demonstra os casos clínicos que deixou registrados, reveladores de uma visão epidemiológica do problema saúde-enfermidade. Tais observações não se limitavam ao paciente em si, mas ao seu ambiente. Em "Ares, Águas, Lugares", ele discute os fatores ambientais ligados à doença; defende um conceito ecológico de saúde-enfermidade, ao mesmo tempo que, enfatiza a multicausalidade na gênese das doenças.

Embora a multicausalidade avance ao incorporar diversos fatores na análise do processo saúde/doença, sua limitação se verifica na premissa de traçar, entre os mesmos, relações de natureza apenas quantitativa. Coloca-se grande ênfase na avaliação estatística e quantitativa das variáveis envolvidas no processo saúde/doença, ignorando, entretanto, o peso e a hierarquia dos fatores (GONDIN, 1999).

Tanto a unicausalidade quanto a multicausalidade não conseguem explicar fielmente a dinâmica que envolve a problemática do processo saúde/doença, pois tanto uma quanto a outra, resumem simplificadaamente as causas das doenças ligadas a fatores isolados, não conseguindo atingir a raiz originária dos problemas de saúde/doença da população.

Estas duas teorias dominaram a concepção de saúde/doença nas políticas de saúde do Brasil no modelo médico-assistencial privatista implantado na década de 1970. E, como já foi discutido anteriormente, este modelo conformou sua atuação na perspectiva curativista, com baixa resolutividade e distribuição desigual.

Em virtude disso, no movimento da reforma sanitária brasileira, a concepção de saúde/doença necessitava mudar seu enfoque, buscando não mais na unicausalidade ou multicausalidade a explicação para esta problemática, mas adotando o modelo de determinação social do processo saúde/doença, que pode ter a seguinte definição:

Por processo saúde/doença da coletividade entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com conseqüência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença (LAURELL apud BARATA, 1997).

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter social da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não ocorre no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos (LAURELL, 1995).

A reforma sanitária tentou uma nova perspectiva na concepção do processo saúde/doença, tentando superar o conceito de unicausalidade/multicausalidade pelo conceito da determinação social do processo saúde/doença, buscando compreender a relação dialética entre os determinantes que atuam no plano geral de constituição da sociedade e os que atuam na dimensão singular dos perfis epidemiológicos.

Conseqüentemente, o que tentará prevalecer é um movimento no sentido de entender saúde/doença como algo inseparável; como um fenômeno que mantém estreita relação com as condições de vida e trabalho da

população. Em outras palavras, ligado à teoria da determinação social do processo saúde/doença.

Neste sentido, o PSF deve desenvolver suas ações na perspectiva de uma concepção de processo saúde/doença que rompa com os limites do biologicismo, que supere o tradicionalismo formal de que “saúde é a ausência de doença”. Isto poderá ser efetivado na medida em que entendemos o caráter histórico e social do processo saúde/doença, pois, como afirma Laurell (1995, p. 156), “o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde/doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos”.

Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde/doença aponta por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde/doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a esse respeito (LAURELL, 1995).

Diante disso, podemos afirmar que, em termos gerais, o PSF tem como base a idéia de que “o processo saúde/doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção” (Laurell, 1995, p. 157). Ou seja, o processo saúde/doença é determinado pelos momentos de produção e reprodução social, que, de acordo com Queiroz e Salum (1996) significa as formas de trabalhar e usufruir os bens materiais e sociais da sociedade.

Outro ponto de bastante discussão é a concepção de família utilizada pelo PSF, pois deve ser a família o lócus principal onde se materializa o processo saúde/doença. Nessa perspectiva, várias são as possibilidades de

definições, sendo que, no PSF, o desafio é ultrapassar o formalismo tradicional para compreender o que é família. Colocamos isto porque, institucionalmente, o PSF trabalha com as seguintes categorias familiares:

- Família Nuclear: Composta por pai, mãe e filhos. Pode também ser considerada como “família tradicional”, uma vez que atualmente ocorre a existência de outros arranjos familiares, como por exemplo, união entre homossexuais.

- Família Monopolar: Composta por um só homem ou uma só mulher. Muito comum nos dias de hoje, haja vista o processo de capitalismo individualizante em que o indivíduo prefere morar sozinho.

- Família Bipolar: Constituída pela união entre homem e mulher que não possuem filhos.

- Família Ampliada: Caracterizada pela união entre parentes próximos, como por exemplo, primos com primos.

- Família Extensa ou Agregada: É aquela que não possui familiares biológicos, como, por exemplo, amigos de uma família que convivem juntos quase que diariamente.

Diante destas concepções, destacamos que o dinamismo social e o processo de construção histórica da sociedade têm demandado das políticas de saúde, especialmente do PSF, um novo entendimento do que está acontecendo com a família no Brasil. Segundo Meirelles (2005), a família brasileira está em profunda transformação, e muitas pesquisas mostram a crescente desintegração da tradicional estrutura familiar.

Esta transformação traz como consequência variações na composição da família brasileira de hoje, ocorridas em função da mudança de leis, da globalização, da tecnologia, da ciência, das novas configurações nas relações de trabalho e no mercado profissional, associados à importância da qualidade e da durabilidade afetiva (MEIRELLES, 2005).

Tudo isso vem acontecendo porque as funções atribuídas aos membros de uma família se ampliaram e agora envolve os aspectos biológico, social, cultural e psicológico – tudo permeado não apenas pela questão da



sobrevivência, mas principalmente pela melhoria da qualidade de vida da família (MEIRELLES, 2005).

Atualmente, temos diversas possibilidades de estruturas familiares, além da tradicional: casais de dupla carreira (quando ambos os cônjuges possuem carreira) e de duplo trabalho (ambos possuem um trabalho); famílias chefiadas apenas por mulheres; famílias reconstituídas (de casamento pós-divórcio ou viuvez), casais homossexuais com filhos adotados, famílias em que o pai possui a guarda dos filhos; casais sem filhos; famílias com adoções; famílias de mães solteiras com filhos de inseminação artificial (incluindo de doadores anônimos) ou com filhos gerados em barriga de aluguel e famílias de mães tardias, que optaram pela maternidade depois de 35 anos (MEIRELLES, 2005).

Destacamos estas possibilidades porque se faz necessário compreender que “família e saúde estão relacionadas a alguns indicativos como: conceito de família, conceito de saúde e sobre o papel de quem cuida” (VASCONCELOS, 1998).

Acrescente-se ainda que a concepção de que a família é a unidade social básica por excelência, conformada por um grupo de pessoas unidas por laços consangüíneos, geográficos e/ou sociais que compartilham um palco comum (SECLLEN-PALACIN, 2004), deve ser levada em consideração na formulação das ações de saúde.

A família tem como pressupostos básicos o desenvolvimento emocional, a socialização, a organização dos papéis e das relações de seus membros com a comunidade e a preservação do patrimônio (CIANCIARULLO, 2002).

Elsen (1994) considera a família um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. Para ela, cada família é um conceito único, no sentido de existência, de história e de limitações e possibilidades.

Assim, a família é formadora da complexa teia social, necessitando ser compreendida na dinamicidade histórica da sociedade. Esta idéia aponta para a necessidade de nos aproximarmos do entendimento e enfrentamento dos problemas que afligem a sociedade.

Diante disso, não é tarefa fácil chegarmos a uma concepção pronta e acabada do que significa família. Cianciarullo (2002) explica outros aspectos interessantes, pois, num estudo realizado em Santa Catarina, o termo família assume significados diferentes em diferentes situações. Um primeiro significado designa a descendência. A palavra nessa comunidade é utilizada para designar a existência de “ter filhos”, netos e bisnetos. Não há referência aos descendentes ou aos membros colaterais como tios e primos (CIANCIARULLO, 2002).

Logo, nesta concepção, há uma conotação tradicional, pois como já foi explicado, na atualidade é fato corriqueiro avós que criam netos, tias que abrigam sobrinhos, viúvos que compartilham a casa com filhos e filhas e pessoas que não têm nenhum parentesco, amigos dividindo a mesma casa, irmão morando com outro irmão etc.

Segundo Cianciarullo (2002), encontramos esta situação no contexto de uma comunidade urbana, uma favela situada na cidade de São Paulo, onde até “inquilinos” podiam ser considerados como sendo da família.

Nessa perspectiva, no momento de analisar a influência da família sobre a saúde, é importante diferenciar dentro do seu enfoque explicativo, tanto o aspecto estrutural como a dinâmica familiar. Isso permitirá a identificação de raízes causais específicas, frente a uma determinada situação de saúde, que possa orientar intervenções mais racionais e eficazes (SECLLEN-PALACIN, 2004).

Portanto, existem variadas concepções a respeito de família, e, apesar de ser complexa sua definição, faz-se necessário que as diretrizes operacionais do PSF possam melhor definí-la, ultrapassando a concepção tradicional, visto que a convivência de pessoas numa residência constitui um arranjo familiar concreto, onde seus membros compartilham bens materiais, alegrias, tristezas, e saúde/doença. Além destes elementos, Vasconcelos

(1998, p. 158) nos possibilita o caminhar na formulação de uma concepção de família coerente, para servir de subsídio no PSF, salientando que

a família de que se fala deve ser compreendida historicamente, na especificidade de cada época e dependendo dos grupos sociais aos quais pertencem. Sabemos que existem famílias com laços afetivos e estabilidade econômica definidos, famílias sem recursos assistenciais ou direitos sociais, famílias nucleares por conveniência ou sobrevivência. Em sociedades tão desiguais, como a que vivemos deve-se, primeiramente esforçar-se para incorporar, nas análises e propostas de trabalho, como essas relações se vêm transformando e ganhando novas significações.

Adotando estas premissas estaremos nos aproximando da importância do núcleo familiar como eixo basilar na conformação do processo de produção dos serviços de saúde, e, conseqüentemente, promovendo a desconstrução de estereótipos e preconceitos na formulação e operacionalização de ações de saúde que o PSF deve prestar à sociedade.

Sintetizando os conceitos sobre o PSF, conforme discutimos anteriormente, percebemos ser uma estratégia que busca reorientar o processo de produção dos serviços de saúde, tendo no vínculo com a comunidade e as famílias uma forte parceria para atuar no enfrentamento do processo saúde/doença.

Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (MS, 1997).

Para o Ministério da Saúde, os valores que fundamentam o caráter substitutivo da produção dos serviços de saúde, contidos no PSF, são as dimensões política, técnica e administrativa.

A dimensão política diz respeito à luta pelas idéias de cidadania presentes na Constituinte de 1988, luta esta que deve se visualizada na consciência coletiva dos atores sociais, nas instâncias de participação popular

e de formulação de decisões no SUS, personificados nos Conselhos Municipal, Estadual e Federal de saúde.

A dimensão técnica faz referência ao desenvolvimento de atividades em sintonia com as diretrizes da política nacional de saúde, devendo existir articulação entre as formas de atuação clínica e epidemiológica no processo de produção dos serviços de saúde.

Já a dimensão administrativa deve estabelecer ações compatíveis com as necessidades das dimensões política e técnica, diminuindo a burocratização do sistema da saúde e fomentando estratégias para consolidação desse novo modelo de atenção à saúde.

Embasado nestas concepções, segundo o Ministério da Saúde (1997), o PSF adota os seguintes objetivos:

**a) Geral:** Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população .

**b) Específicos:**

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;

- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;

- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;

- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;

- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;

- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Nessa perspectiva, para colocar em prática sua filosofia, a ESF deve utilizar algumas diretrizes operacionais que o Ministério da Saúde indica, devendo servir como ponto de referência e cabendo a cada município buscar uma melhor forma de efetivação da Saúde da Família. Assim, de acordo com o manual do PSF, os municípios devem estar atentos aos seguintes pontos:

Adscrição da clientela, isto é, a unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Cada equipe da ESF é responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes.

Em seguida, as equipes do PSF deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas domiciliares, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição.

As unidades de Saúde da Família deverão ser instaladas nos postos, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal em áreas que não possuam nenhum equipamento de saúde.

Para composição das equipes é recomendável que uma unidade de saúde da família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

As atribuições da equipe deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, as equipes de saúde da família devem estar preparadas para: conhecer a realidade das famílias pelas

quais são responsáveis; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco às quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção da saúde; resolver, através de adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e promover ações intersetoriais.

Acreditamos que estas definições devem ficar bem esclarecidas para que possamos de fato compreender o que é o PSF e qual seu papel no contexto do SUS. Perceber que este não deve ser encarado como mais um programa verticalizado do governo federal, mas como estratégia de um novo fazer e um novo pensar em saúde. Acreditar que sua amplitude de atuação traz na concepção de processo saúde/doença a percepção do contexto social como fator determinante para causalidade e valorizar a família através de vínculos de co-responsabilidade e da construção da cidadania.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para analisar, na visão de enfermeiros, as mudanças ocorridas no processo de produção dos serviços de saúde após a implantação do PSF, 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 (MINAYO, 1994).

As abordagens qualitativas permitem desvelar processos sociais referentes a grupos particulares, propiciam a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos durante a investigação. Caracteriza-se, portanto, pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo de estudo (MINAYO, 1994).

Além disso, diante da complexidade dos objetos de estudo no campo da saúde, é necessário mover-se no terreno das inter-relações e interconexões, tornando-se imprescindível a ampliação do conceito sociológico de saúde para que abranja a totalidade das relações sociais.

Norteados por esta vertente metodológica, decidimos estudar as mudanças surgidas no processo de produção dos serviços de saúde, a partir do PSF. Utilizamos, para esta finalidade, entrevista individual semi-estruturada, na qual o entrevistador possui um roteiro com perguntas abertas e fechadas na condução das conversas, sem, no entanto, cercear a autonomia e criatividade na interlocução com o entrevistado. Como afirma Minayo (2006), as questões abertas e fechadas possibilitam certo controle da conversa, mas permitem uma liberdade em acrescentar questões ou elucidar respostas fornecidas pelo entrevistado, conforme a necessidade.

A entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, por iniciativa do entrevistador, no intuito de construir informações pertinentes à pesquisa, quanto ao objeto e aos objetivos do estudo. Esta técnica pode fornecer dois tipos de dados: primários, que se referem diretamente ao indivíduo e que só podem ser conseguidos com a contribuição das pessoas; e secundários, fatos que podem ser conseguidos por outras fontes, como censos, estatísticas (MINAYO, 2006).

Na presente investigação, as entrevistas foram realizadas com enfermeiras de Caicó/RN, que vivenciaram a produção dos serviços de saúde antes e depois da implantação do PSF neste município. Dessa forma, o grupo estudado foi composto por seis enfermeiras que estão atuando no PSF dessa cidade desde sua implantação e que já atuavam na atenção básica anteriormente (V. roteiro apêndice A).

O cenário de nossa pesquisa foi a cidade de Caicó-RN, localizada na Microrregião do Seridó Ocidental e ocupa uma área de 1. 215,1 km<sup>2</sup>. A distância em relação a Natal/RN, capital do Estado, é de 269 km. O município limita-se ao Norte com Jucurutu/RN e Florânia/RN; ao Sul, com São João do Sabugi/RN, Ouro Branco e Várzea/PB; ao Leste, com São José do Seridó/RN, Cruzeta/RN e Jardim do Seridó/RN, e ao Oeste, com Serra Negra do Norte/RN, São Fernando/RN e Timbaúba dos Batistas/RN.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), senso de 2000, a população de Caicó/RN era de 56.886 habitantes, sendo 27.425 do sexo masculino e 29.461 do sexo feminino, a qual, a partir da realização da estimativa realizada em 2006, passou para 61.705 habitantes, representando uma densidade demográfica de 46,81% e um grau de urbanização de 88,91%. Com esse perfil, o município ocupa a 6<sup>a</sup> posição do Estado, sendo superado em população pelos municípios de Natal/RN, Mossoró/RN, Parnamirim/RN, São Gonçalo do Amarante/RN e Ceará Mirim/RN.

Em relação ao aspecto sócio econômico, o município apresenta uma economia baseada no setor pecuário, destacando-se a comercialização de carne e produtos derivados do leite, além de atividades inerentes ao setor



secundário, com ênfase na formação de pequenas e micro empresas, merecendo destaque a fabricação de produtos têxteis.

No aspecto da saúde, Caicó/RN é centro de referência nos serviços da Macrorregião do Seridó, abrangendo 25 municípios, sendo duas microrregiões de saúde e três módulos assistenciais, com população estimada de 150.000 habitantes.

Em seu perfil epidemiológico, apresenta um quadro de mortalidade infantil regressivo e mortalidade materna controlada. Ainda persistem as doenças infectocontagiosas e parasitárias entre a população infantil, em particular. Há prevalência das doenças crônico degenerativa, entre a população adulta e idosa, destacando-se as neoplasias, acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes mellitus, entre outros (DATASUS, 2004).

Através de nossa inserção nas atividades teórico-práticas da Saúde Coletiva, estabelecemos contatos com estas enfermeiras, que, de antemão, se disponibilizaram a participar das entrevistas. As UBSs selecionadas para o estudo estão localizadas nos bairros João XXIII, Walfredo Gurgel, Paulo VI, Vila do Príncipe e Castelo Branco, todas mantendo em funcionamento o PSF desde sua implantação na cidade.

Para garantir nosso acesso às UBSs, foi solicitada autorização da Coordenação do PSF do município de Caicó/RN (Apêndice B). A coleta de informações foi realizada no segundo semestre de 2008, após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) por parte dos entrevistados, respeitando os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Estas entrevistas foram realizadas individualmente nas respectivas UBSs, em que as enfermeiras trabalham, pois, assim tivemos o contato privilegiado com o campo empírico; dessa forma, possibilitou-nos a visualização do processo de produção dos serviços de saúde. E, para sua execução, agendamos datas e horários convenientes, que não atrapalhassem a rotina de ações da enfermagem em seus espaços de trabalho.

Para isso nos baseamos em Minayo (1992), que concebe o campo empírico como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação.

Ao todo foram entrevistadas seis enfermeiras; no entanto, a partir da quarta entrevista não registramos informações novas, ocorrendo a repetição dos discursos, critério que indica a conclusão da investigação empírica, quando se trata de pesquisa de abordagem qualitativa. Com aquiescência das respondentes, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

A partir do conteúdo dos depoimentos das entrevistadas, identificamos os núcleos de sentido nos pautando por Minayo (2006), que alerta para a importância de descobrirmos na comunicação, a presença e frequência destes núcleos. Eles são de grande significação para o objeto analítico visado.

Na operacionalização da análise seguimos os seguintes passos: lemos exhaustivamente o material empírico, buscando identificar os núcleos de sentido de conformidade com os objetivos propostos; elaboramos quadros representativos de cada núcleo, complementado 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 e autores já explicitados no referencial teórico deste estudo.

## 5 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para manter o anonimato das seis enfermeiras participantes da pesquisa, decidimos identificá-las com figuras da mitologia grega, ficando assim nominadas:

Selene – significa brilho, claridade, luz;

Métis – é a inteligência prática, por vezes astúcia;

Eveno – o bom cavaleiro;

Fílopes: a personificação da ternura;

Mântica: dom profético, profecia, oráculo;

Tália: abundância, alegria, a juventude;

**Eveno:** Formada pela UFRN em 1987. Tem 42 anos e possui especialização em Saúde da Família, Saúde Pública e Educação Profissional na Área de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENS/FIOCRUZ). Realizou vários cursos promovidos pelo PSF, como atualização em tuberculose e hanseníase, Introdutório do PSF, entre outros.

**Tália:**

**Fílopes:** Tem 34 anos, foi formada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em 2001. Está cursando especialização em Saúde da Família e participou de vários cursos da organização não-governamental Bem-Estar Família no Brasil (BEMFAM), voltados para a sexualidade e para a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Além disso, já realizou curso Introdutório do PSF.

**Mântica:** Concluiu sua graduação em enfermagem na UFRN no ano de 1981. Tem 55 anos e possui especialização em Administração Hospitalar, Saúde Pública e Educação Profissional na Área de Saúde pela Escola Nacional de

Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENS/FIOCRUZ). Realizou vários cursos promovidos pelo PSF, como atualização em tuberculose e hanseníase, Introdutório do PSF, Imunização entre outros.

**Métis:** Tem 40 anos, foi formada pela UFRN em 1986. É especialista em Gestão dos Sistemas de Saúde pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRN). Possui Mestrado em Enfermagem também pela UFRN.

**Selene:** Concluiu graduação em enfermagem na UERN Mossoró/RN em 1996. Tem 34 anos e possui Mestrado em Enfermagem pela UFRN. Realizou vários cursos promovidos pelo PSF, como atualização em Saúde Mental, tuberculose, hanseníase, Introdutório do PSF, Imunização, entre outros.

## **6 DESVENDANDO MUDANÇAS A PARTIR DO PSF**

As discussões sobre as mudanças que o PSF proporciona no processo de produção dos serviços de saúde têm sido destacadas como elemento de reorganização do modelo assistencial e, segundo, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), a ESF passou a levar saúde até a casa das pessoas, além de visitar escolas e creches. O trabalho realizado por equipe multidisciplinar tem maior abrangência na promoção à saúde e prevenção de agravos. Como resultado, o movimento dos hospitais tem diminuindo, os indicadores de saúde no país vêm melhorando, gradativamente, conforme as estatísticas oficiais. 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.

Para Teixeira (2006), o mais interessante e, sem dúvida, mais relevante, politicamente, é que a Saúde da Família foi formulada como um programa “vertical” a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se discutia a necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 1990. No entanto, foi reapropriada e redefinida por um conjunto heterogêneo de atores políticos, em nível estadual e posteriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala.

Assim, no pensamento dessa autora, a partir de 1994 e, principalmente no período 1998-2002, 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.

Reforçando este ideal a Portaria nº 648, de 2006, do Ministério da Saúde estabelece que o PSF é a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, já que esta tem como um dos fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, integralidade, equidade, e estratégias como a descentralização, participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006).

Para alcançar estas metas, no manual do Ministério da Saúde para o PSF é enfatizado que essa reorientação, possibilitando mudança de práticas, deve ter como eixo norteador o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de cobertura da Saúde da Família (BRASIL, 1997).

Neste sentido, pesquisando as mudanças proporcionadas pelo PSF, o presente estudo, explícita alguns elementos que apontam a atenção básica em saúde antes e depois do PSF, conforme mostram os quadros 1 e 2 respectivamente, extraídos das falas das enfermeiras entrevistadas:

**QUADRO 01:** Atenção Básica em saúde, antes do PSF.

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
Desumanização no atendimento

FONTE: Entrevistas realizadas pelo autor.

O Quadro 01 mostra que, antes da implantação do PSF, o modelo assistencial predominante no sistema de saúde brasileiro como um todo, e na

região Nordeste, em particular, era representado pelo modelo hospitalocêntrico, pois, segundo os entrevistados, as ações de saúde estavam voltadas essencialmente para a cura de doenças. A Atenção Básica ocorria principalmente em Postos de Saúde e Centros de Saúde, onde eram realizadas ações pontuais para uma demanda espontânea. Isto determinava fragilização das ações preventivas e promoção à saúde.

As enfermeiras entrevistadas, ao serem indagadas acerca da Atenção Básica antes do PSF, assim se pronunciaram:

*Bem, olhe eu já trabalhei nos dois tipos de atenção à saúde. Participei do antes e depois do PSF. Quando a gente trabalhava sem o PSF, a gente não trabalhava tanto a parte preventiva. E agora com o PSF, a gente tem uma visão da parte preventiva com mais afinco (...). No serviço passado a gente fazia só aquela parte curativa. Chegava, atendia o paciente e ia embora **(Mântica)**.*

*(...) Antes [do PSF] 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 [do PSF] não procuravam os serviços de prevenção [de doenças]. Elas só procuravam os serviços quando estavam doentes. E com o PSF 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 do PSF, 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 do PSF], 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 [o usuário] vai embora. Se vire. Volte para sua casa. O que é diferente hoje (Tália).*

O Quadro 02, a seguir, indica que após a implantação do PSF ocorreu um processo de mudanças, diria mesmo, radical na Atenção Básica. Tivemos 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 do PSF pelo acompanhamento do processo saúde/doença dos indivíduos e de suas famílias.

**QUADRO 2:** Atenção Básica em saúde, depois do PSF.

Adscrição e vínculos com a comunidade
Acolhimento do usuário e humanização do atendimento
Diminuição das internações hospitalares
Fortalecimento das ações preventivas e da promoção da saúde
Melhoria dos indicadores de saúde (pré-natal, CD, imunização etc)
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 ACSs

FONTE: Entrevistas realizadas pelo autor.

Pela síntese apresentada no Quadro 02, percebemos a existência de outra forma de atenção, uma vez que o PSF proporcionou o trabalho de uma equipe de saúde composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACSs 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, o PSF, 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 no PSF, Costa e Miranda (2008, p. 123) afirmam que “o enfermeiro ampliou sua inserção, abriu possibilidades e colocou-se à frente de espaços estratégicos, qualificando o trabalho na operacionalização dos programas, identificando valores necessários à re-estruturação da atenção básica”.

*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 (Filopes).*

*(...) o peso maior do PSF é a humanização. Acredito que seja a humanização. Por quê? Porque no PSF a gente trabalha com áreas delimitadas, uma área, com suas respectivas micro-áreas. Então com isso, no PSF 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).*

De acordo com Campos et al (2007, p. 159) “no contexto da resolutividade, como pré-requisito fundamental e da ocorrência da transição do modelo de atenção à saúde, o acolhimento foi instituído como uma estratégia para reorganizar a assistência.”

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 do PSF. Então eu acho que isso já é uma segurança de que o PSF está funcionando. Falta melhorar, mas que ta 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 o PSF através do cadastro [familiar] foi detectando (Tália).*

*(...) a questão, assim, de prevenção [de doenças], que melhorou bastante com o PSF. 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 (Filopes).*

*(...) o PSF 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). No PSF 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, o PSF tem apresentado algumas mudanças significativas, em termos tecnológicos, para o processo de produção dos serviços de saúde, pois, de acordo com Merhy (2007), a tecnologia leve como acolhimento, vínculo e humanização, deve ser valorizada na assistência à saúde no âmbito do SUS.

Diante desse contexto, refletindo sobre a importância desses elementos na mudança do processo de produção dos serviços de saúde, Merhy (2007) discute as tecnologias “não-equipamentos” como instrumentos da reorganização desses serviços. Assim, ressalta que a reestruturação produtiva neste setor deve estar ocorrendo no território das tecnologias leves e leve-duras, que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las.

Nesse sentido, é preciso repensar as políticas de saúde fundamentadas exclusivamente em aparelhagem tecnológica, enquanto determinante de mudanças significativas no redirecionamento do modelo de atenção à saúde, pois essa é uma parte das tecnologias existentes, sendo necessário o esclarecimento de outras possibilidades:

Tecnologias duras são entendidas como aquelas constituídas por equipamentos do tipo máquinas, instrumentais, normas, rotinas, estruturas organizacionais. Estão relacionadas ao instrumental, geralmente vinculadas à mão de profissional ou ao fazer técnico (...). Tecnologias leve-duras são os saberes estruturados, como a fisiologia, a anatomia (...); as tecnologias leves são as implicadas com o conhecimento da produção das relações entre sujeitos, pois estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, e só se

materializam em atos. São as tecnologias de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros, de subjetividades (MERHY, 2005).

Em consonância com estas tecnologias leves, segundo Pinheiro (2003) faz-se necessária a democratização do processo de trabalho na organização dos serviços, a renovação das práticas de saúde – numa perspectiva de integralidade da atenção – e a valorização do cuidado como uma tecnologia complexa em saúde. Esta complexidade não se define pelo custo do equipamento utilizado na prestação do cuidado, mas pelo reconhecimento da existência de diferentes dimensões que envolvem os sujeitos, ou seja, dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais.

Ilustrando a importância da tecnologia leve, numa investigação sobre acolhimento, realizada por Franco, Bueno e Merhy (1999), na cidade de Betim – MG foi possível observar um aumento significativo do rendimento profissional dos servidores não-médicos, que passaram a atuar na assistência. Esse elevado rendimento profissional determinou, por consequência, maior oferta e aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde.

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 pelo PSF através do desenvolvimento da tecnologia leve, pois no modelo anterior tínhamos 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 no PSF os profissionais de saúde devem ser co-responsáveis pela seqüencialidade 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 [do PSF], 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 o PSF isso foi um ganho muito positivo, nesse sentido da gente ter uma comunidade onde pode trabalhar e ta em contato com ela [comunidade], onde pode acompanhar (Eveno).*

Desse modo, Cunha (2004) esclarece que na Atenção Básica, principalmente quando existe adscrição de clientela por equipe, não existe um encontro eventual com o doente em situação de isolamento, mas encontros seguidos no tempo, em situação de concorrência da intervenção terapêutica com as intervenções da vida.

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

Acrescenta Cunha (2004, p. 34):

O pressuposto que a maior parte dos profissionais traz da sua formação hospitalar, de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada

patologia, fica extremamente abalado na Atenção Básica. A submissão do Sujeito doente é infinitamente menor, já que a aplicação das condutas depende do próprio Sujeito, longe do profissional e do serviço de saúde. Na Atenção Básica, o diagnóstico e a respectiva conduta (quando acontecem) são apenas uma parte do projeto terapêutico. Diríamos: é muito menor o poder do médico e de outros profissionais em relação aos usuários, na Atenção Básica. Para grande parte dos problemas de saúde de uma população sob responsabilidade de uma equipe de saúde na Atenção Básica, será impossível fazer alguma intervenção efetiva, sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas. A capacidade de diálogo na Atenção Básica é realmente essencial. O que implica em disposição (e técnica) para escuta, em aceitação do *outro* e dos saberes do *outro*.

Voltando ao que referiram as entrevistadas, seus depoimentos possibilitam inferir que outras mudanças, proporcionadas pelo PSF, têm sido o desenvolvimento de estratégias no campo da clínica ampliada. Conforme Campos (2002) este processo não é simples; depende de disposição, mas também de conhecimentos sobre a inter-relação entre pessoas que necessitam de ajuda e a equipe com recursos para intervir. 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.

Nessa clínica ampliada, também denominada de clínica do sujeito, Campos (2005) afirma que a reforma da clínica moderna deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, no caso, um sujeito portador de alguma enfermidade. Daí o título – clínica do sujeito.

No PSF, 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. Voltar o olhar para a doença do doente concreto (CAMPOS, 2005, p. 55).

Antes do PSF, 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 PSF, encontre eco na

integralidade da atenção, pois, de acordo com Pinheiro e Mattos (2003), a questão da integralidade pode ser tomada como eixo central para a formulação de políticas e implementação de estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde.

Segundo Mattos (2003), a integralidade está presente no texto da Constituição Brasileira, colocando ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação, e ainda complementa evidenciando ser a integralidade um dos princípios do SUS, cuja responsabilidade seria dar prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Para esse autor, a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diríamos nós) 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.

No texto intitulado “Os sentidos da integralidade”, Mattos (2003) assinala que um primeiro sentido da integralidade relaciona-se com o movimento da medicina integral, de uma medicina que criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude fragmentária. Para essa medicina integral, a integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente.

Outro sentido que o termo integralidade representa, segundo Mattos (2003), relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde. No Brasil, para ele, historicamente, ocorreu separação entre ações preventivas e curativas desde a criação do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, consolidando uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica. Assim, no pensamento desse estudioso do assunto, o princípio da integralidade, em um

dos seus sentidos, corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais.

Na realização desta pesquisa, a necessidade da integralidade, como instrumento de mudança nas ações de saúde para o PSF, pode ser percebida nos discursos de algumas enfermeiras:

*(...) eu vejo, assim, o PSF como um meio de não só vê a doença na comunidade e no indivíduo, e sim, no contexto familiar. Se uma pessoa está doente naquele momento, muitas vezes tem um fundo familiar. E o PSF é para está trabalhando isso. E na minha visão é assim, pra dá assistência á família, á comunidade e não só ao indivíduo em sua patologia, porque existe um contexto. Uma simples dor de cabeça, não é uma cefaléia da cabeça, mas sim um problema gerado por algum estresse em casa, por algum aborrecimento, por uma alimentação inadequada. Isso tudo vai gerando a doença. Então, como eu vejo o PSF nesse sentido? Vai dá suporte á doença e ao indivíduo, como um todo (**Tália**).*

*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 (**Eveno**).*

*Eu gosto muito de falar, a gente até atende à consulta, mas se você não faz uma parte preventiva, então não melhora a saúde da população (**Mântica**).*

No entanto, de acordo com o Quadro 03, a presença da integralidade no processo de produção dos serviços de saúde indica um caminho com alguns obstáculos, pois quando indagamos quais são as fragilidades encontradas na operacionalização do PSF, os discursos, em geral, apontam para a fragmentação dos atos, com intervenções clínicas pontuais, e a necessidade de um perfil desejado para os profissionais que atuam no PSF, principalmente no que diz respeito á medicina.

**QUADRO 03:** Fragilidades do PSF.



Trabalho coletivo em saúde ainda incipiente
Perfil dos profissionais, principalmente dos médicos, inadequado à realidade
Fornecimento de insumos e infra-estrutura insuficientes
Falta de resolutividade dos níveis de complexidade
Formação dos profissionais de saúde em descompasso com as necessidades do serviço
Rotatividade de profissionais

FONTE: Entrevistas realizadas pelo autor.

Subsidiam esta percepção os discursos das enfermeiras, que reforçam a preocupação com a necessidade de um perfil do profissional de saúde para desenvolver a assistência à saúde no contexto do PSF, o qual tem implicações para o processo de trabalho coletivo em saúde.

*Eu acho que o peso maior seja a questão do perfil dos profissionais, porque a enfermeira não trabalha isolada, não é verdade? Ela trabalha com uma equipe. Então um dos, não estou dizendo que seja o principal, mas um dos empecilho seria a questão do perfil do profissional para trabalhar no PSF. Nem todo profissional tem este perfil para sair de seu birô e ir até onde a população reside (Eveno).*

*Eu acho que o principal obstáculo [para o PSF] é o serviço de medicina mesmo. Assim, a gente sente uma resistência muito grande. A gente não tem médicos com perfil, eu não tenho medo de dizer isto. Não temos médicos com o perfil no PSF. O atendimento médico na maioria das Unidades [de saúde] continua sendo aquele velho atendimento básico em que o médico atende e vai embora (Tália).*

Como as próprias entrevistas demonstram, a formação dos profissionais parece encontrar-se distante da realidade dos serviços de saúde atualmente, o que de certa forma parece ser normal e habitual, senão vejamos o que dizem Ceccim e Feuerwerker (2004, p.02): “podemos dizer que há consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada”.

*E não sei se eu posso falar que o médico ainda não consegue criar vínculo em relação á equipe em relação á comunidade. Então, ele se programa, se organiza e a gente ainda está um pouquinho preso na Unidade [Básica de Saúde - UBS], tanto o médico como o enfermeiro. E o médico tem uma resistência maior ainda. A gente sabe que tem que está na comunidade fazendo visita domiciliar, fazendo palestra e ainda fico muito aqui [na UBS]. Eu acho que o enfermeiro está fazendo mais este papel, porque o enfermeiro tem um contato muito grande com o ACS (**Fílopes**).*

Isto nos possibilita refletir acerca de outras necessidades e desafios no Saúde da Família, pois novamente, de acordo com o Quadro 03, a formação em saúde e o processo de trabalho coletivo em saúde são apontados como fragilidades presentes no PSF. Além disso, vários estudiosos do movimento sanitário brasileiro, como Cecim e Feuerwerker (2004), Campo (1999), Feuerwerker (2002), Campos (1999), dentre outros, têm apontado estas dificuldades no processo de produção dos serviços de saúde no contexto do SUS.

*Eu acho que as coisas não estão funcionando do jeito que deveria funcionar. Por quê? Porque centraliza tudo no enfermeiro. Fica muito sobrecarregado. Eu acho que existe a falta de trabalho em equipe mais forte, mais organizado. E isso não funciona se for só uma pessoa para resolver tudo isso (**Tália**).*

*O que a gente precisa superar é que a equipe que trabalha naquela comunidade deveria ser melhor. Por exemplo, a parte médica, ela*

*tem que ter um compromisso de 8h com o PSF. Então ela se ausenta e vai para outros compromissos. Então com isso, o paciente chega naquele horário que não poderia vir em outro, e às vezes não encontra aquele profissional ali, que deveria estar 8h. E isso tem que melhorar, porque uma equipe não é uma “euquipe” (Mântica).*

*Um dos pontos fracos é o trabalho em equipe (Métis).*

Refletindo sobre estas questões, Campos (1999) esclarece que a busca pela construção de um modelo tecnoassistencial não pode desprezar nenhum recurso tecnológico, clínico e/ou sanitário para sua ação. Neste ocupa lugar estratégico o trabalho médico, comprometido e vinculado com os usuários, individual e coletivamente, atuando em equipes multiprofissionais, operadores de conhecimentos multidisciplinares.

Especificamente, no que diz respeito à formação e atuação médica e suas implicações nos serviços de saúde, pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. Médicos com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes (FEUERWERKER, 2002).

As falas, a seguir, reforçam esta preocupação em relação à formação médica:

*Porque a maioria dos profissionais que estão no PSF, são profissionais já com formação de algum tempo, não é verdade? Então é isso, começa na formação (Eveno).*

*A maioria dos profissionais de medicina do PSF tem mais de vinte anos de profissão e na formação deles, eles não tiveram na formação deles esta disciplina [Saúde Coletiva]. Era o trabalho curativo mesmo. Não tinha prevenção [de doenças] e promoção*

*[da saúde]. E eles estão muito ligados ao atendimento do hospital, porque foi o primeiro atendimento dele e faz este atendimento ambulatorial no PSF como se fosse uma clínica. E isso [saúde Coletiva] não foi trabalhado na formação deles e outros não ficaram abertos para a mudança (Filopes).*

Assim, o que tem prevalecido é uma formação com direcionalidade para especialização e fragmentação dos atos, seguindo o modelo flexneriano, que reforça a lógica cartesiana da divisão e ação pontual quase que exclusivamente para a doença. E o PSF, ao contrário, enfatizando a prevenção de agravos e promoção da saúde, pois, como afirma Mattos (2003, p 06), “não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente”.

As conseqüências disso tudo, segundo Feuerwerker (2002, p.35), é que na relação médico/paciente, “a fragmentação da atenção implicou a não construção de vínculos (ou construção de vínculos muito fracos), a desresponsabilização dos profissionais em relação à saúde geral do paciente e a profunda insatisfação do usuário em relação à atenção que recebe”.

Nesse sentido, a medicina no PSF e no SUS precisa desenvolver a responsabilidade ética/política no processo saúde/doença. Necessita de uma formação e prática profissional que estejam comprometidas com os ideais da reforma sanitária. Merhy (2003, p16) enfatiza que “uma das maiores fragilidades do SUS diz respeito ao lugar no qual o conjunto de trabalhadores ainda não se posicionaram como sujeitos políticos ampliados, pois como regra, eles tem se posicionado como sujeitos políticos corporativos”.

De um lado, temos uma fragilidade do que diríamos ser o lugar da macropolítica, que é o campo da reforma do Estado; e de outro lado, temos uma grande fragilidade que é a nossa ação do cotidiano, que é o lugar da micropolítica, lugar no qual, enquanto sujeitos construtores de novas formas de produção da saúde, no Brasil, somos um dos principais protagonistas . E, isso faz referência a todos nós como trabalhadores sujeitos políticos, e não a nós enquanto corporações profissionais (MERHY, 2003).

Dessa forma, temos no corporativismo da categoria médica mais uma das fragilidades do PSF e retrocessos nas políticas de saúde, como podemos observar neste depoimento:

*(...) defesa de interesses corporativistas pela própria gestão (Métis).*

Isso nos faz retornar ao pensamento de Merhy (2003), quando afirma que temos assistido a retrocessos nesse caminho. É só mirarmos na grande discussão sobre o ato médico, que a categoria médica, hegemônica pelo seu lado mais conservador, trava como bandeira de luta hoje no Brasil que, uma vez vitoriosa, será destruidora do SUS.

Outro dos obstáculos a ser enfrentado no Saúde da Família é a questão do trabalho coletivo em saúde, dado que a maioria dos entrevistados relatou ser o trabalho em equipe do PSF fragmentado, concentrado na responsabilidade do enfermeiro de cada UBS e desarticulado no conjunto de trabalhadores da saúde que atuam nessa estratégia.

No entendimento de Merhy (2007), para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário/centrada. Para ele, isto permite construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e os usuários nas formas de intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas. Além disso, para Almeida e Mishima (2001, p.151), é preciso considerar que

a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde/doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central

de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias.

A discussão sobre as idéias de campo e núcleo de competências e responsabilidades é de fundamental importância para que possamos desvendar os caminhos tortuosos do trabalho coletivo em saúde. No entendimento de Campos (1997, p. 248) “por núcleo entende-se o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissional”.

Acrescentam Almeida e Mishima apud Peduzzi (2000, p.11):

Cada profissional (médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, agente comunitário e outros) tem seu núcleo específico de competência. Poderíamos pensar, no caso do médico, a possibilidade de estabelecer o diagnóstico individual frente a uma situação clínica e a instituição do tratamento adequado, sem dúvida de importância fundamental e necessária ao cuidado de saúde. Já em relação ao enfermeiro, poderíamos considerar seu núcleo de competência centrado em três dimensões: o cuidado de enfermagem; o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva (por meio de consulta individual e/ou em atendimento grupal), as ações gerenciais voltadas ao cuidado.

Entretanto, “por campo entende-se os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades” (CAMPOS, 1997, p. 248). Logo, o campo de saberes e responsabilidades aponta para atuação coletiva em saúde, isto é, de trabalho partilhado entre os trabalhadores coletivos, contrapondo-se ao trabalho fragmentado e individual.

Almeida e Mishima (2001, p. 152) também abordam o campo como

o conhecimento que toda a equipe de trabalho deve ter sobre os princípios básicos do SUS e sobre as diretrizes que norteiam o PSF como a humanização do atendimento, a responsabilização e o vínculo dos profissionais com os usuários e as famílias.

A necessidade da construção de núcleo e campo de saberes, na perspectiva do trabalho coletivo em saúde no PSF, tenta romper com a

fragmentação dos atos. Além disso, articulado neste contexto do trabalho coletivo em saúde e da formação em saúde, devem ser levados em consideração outros elementos que têm determinado a fragilização do PSF, como, por exemplo, a precariedade no fornecimento de insumos, inadequada infra-estrutura, rotatividade de profissionais, resolutividade da assistência através dos níveis de complexidade, conforme evidenciam as entrevistadas, quando indagamos acerca das fragilidades do PSF:

*Infra-estrutura física. E a questão de equipamentos, materiais para trabalhar. Agora está melhorando um pouquinho (Filopes).*

*Essas coisas também de às vezes faltar medicação (Tália).*

*E com relação às fragilidades a gente vê a rotatividade de profissionais, principalmente profissional médico; rotatividade de gestores; rotatividade da equipe técnica, porque quando muda o gestor muda a equipe técnica, então começa tudo do zero (Selene).*

*Um dos pontos negativos, no PSF, é que ainda falta medicação, encaminhamento de exames, faltam alguns profissionais para atender a demanda da alta complexidade (...) (Mântica).*

Diante do exposto, urge a necessidade da construção de estratégias para enfrentar estes obstáculos. Estas estratégias são apresentadas no Quadro 04, tendo como principal desafio o diálogo entre as equipes e o gestor municipal, como podem confirmar, também, as entrevistas após o Quadro 04 .

#### **QUADRO 04:** Sugestões para tentar superar as fragilidades do PSF.

Avaliação sistemática das ações
---------------------------------

Trabalho coletivo em saúde/diálogo entre as equipes
Educação continuada em saúde
Desprecarização do trabalho
Integralidade
Efetivação dos níveis de complexidade;
Gestão dos serviços de saúde

FONTE: Entrevistas realizadas pelo autor.

*Se a equipe permanecesse unida às 8h daquele período [previsto]. Se os serviços de alta complexidade funcionassem melhor. Outra coisa, essa integração da intersetorialidade, que não existe. Teria que ter um respaldo melhor. Eu acho que isso se isso aí funcionasse bem melhor, o PSF seria outro **(Mântica)**.*

*Essas avaliações do próprio serviço, seriam muito importante, porque aí a gente, conversando com outros profissionais, a gente poderia pegar a experiência de outra equipe e adaptar para a nossa realidade. Porque às vezes a gente fica isolado. Não tem como compartilhar nossas angústias. As nossas dificuldades. E alguém pode dá uma luz. Um direcionamento para a gente adaptar a nossa realidade **(Fílopes)**.*

*Não ocorre o diálogo entre as equipes. A Secretaria [Municipal de Saúde] deveria ter reuniões mensais para compartilhar experiências. Às vezes a gente tem uma dificuldade e outra equipe pode dizer de sua experiência com aquele problema que a gente está enfrentando. Também seria interessante promover capacitações e atualizações para as equipes do PSF **(Eveno)**.*

O destaque especial, nesta discussão sobre as estratégias para tentar superar os obstáculos presentes no PSF, passa pela desprecarização do trabalho, pois trabalhar na Saúde da Família, muitas vezes, representa



instabilidade no emprego em virtude de contratos que são temporários e que dependem do interesse político/partidário do gestor da saúde e/ou do prefeito.

Referindo-se ao tema, Medeiros (2000, p. 123) afirma: “na verdade muitas vezes os critérios de escolha são clientelismo (favoritismo político), nos embates de relações de micro/ macro poder”.

Dentro deste formato, esta situação tem gerado rotatividade de profissionais, não possibilitando a construção de vínculos com a comunidade, o que tem ferido a filosofia principal do PSF, que é o reconhecimento e a construção de laços de solidariedade e responsabilidade com a população adscrita. As entrevistas das enfermeiras são esclarecedoras:

*Outra coisa também é que o profissional fica inseguro com o seu emprego no PSF. Eu mesmo trabalhei um bom tempo aqui, logo no início do PSF, mas aconteceram algumas coisas. Tiveram as eleições e me colocaram para fora do PSF. Eu fiquei arrasada. Depois disso fui trabalhar numa cidade do interior. Depois voltei. Mas, ainda fica aquela insegurança. É como se o nosso trabalho com a comunidade durante todo esse tempo não fosse importante, porque não é levado em consideração (**Filopes**).*

*(...) Na politicagem, contratação de pessoas que nem são da área [da saúde], são eleitores e precisam de gratificações (**Métis**).*

Refletindo sobre esta questão, em estudo recente coordenado por Castro (2007) na região metropolitana de Natal/RN, constatou-se que a percepção da maioria dos gestores entrevistados denota o reconhecimento da precarização do trabalho nas formas dos contratos praticados pelas Secretarias Municipais de Saúde, em relação ao PSF. Questionados sobre os elementos que caracterizam tal situação, os gestores mostraram a inexistência da estabilidade, não garantia de todos os direitos trabalhistas e inexistência de concurso público.

Especificamente, no que diz respeito aos contratos temporários no PSF, observou-se que uma das principais desvantagens identificadas pelos gestores

é a rotatividade dos profissionais, o que gera a descontinuidade dos serviços prestados à população e impede a criação de vínculos entre equipes do PSF e comunidade.

No entanto, uma possível saída para enfrentar este problema no PSF é estabelecer concurso público para admissão dos profissionais de saúde, como sugere a entrevistada:

*Primeira sugestão é estabelecer concurso, não que isso seja [a única] saída, mas é um passo **(Selene)**.*

Ratificando esta idéia, também, no estudo de Castro (2007), temos o concurso público como uma estratégia que deve ser utilizada na contratação para o PSF, uma vez que o Regime Jurídico Único (RJU), tipo de vínculo onde se encontram profissionais concursados, possibilita a criação de vínculos com as comunidades, dado seu caráter de estabilidade.

Segundo os gestores, que participaram desta pesquisa, a segurança e a permanência dos trabalhadores da saúde nos quadros das Secretarias Municipais de Saúde refletem positivamente para o profissional, que, neste caso, não está submetido à instabilidade e efemeridade que caracterizam os vínculos por contrato temporário no PSF.

Outra discussão que merece atenção nesse contexto é que o concurso público isoladamente não garante esta possibilidade de vínculo, estabilidade e segurança no emprego.

*A seleção dos profissionais [do PSF] deveria ser feita por uma equipe credenciada por órgãos oficiais de renome em Saúde Pública, que poderia ser uma parceira da Universidade do Estado e Ministério da Saúde. Selecionadores sanitaristas **(Métis)**.*

O PSF não deve ser campo de política partidária, mas uma política de saúde comprometida com a transformação da realidade sanitária e, para isso, faz-se necessário que o modelo atual de contratação dos profissionais de saúde não esteja vinculado aos ditames clientelísticos da troca de favores. Isto deteriora a filosofia do programa. Sabemos que esta forma atual de contratação tem prevalecido na maioria dos municípios e apresenta forte tendência de tornar o profissional de saúde refém do jogo político/partidário, ou seja, sua permanência não está ligada necessariamente aos vínculos e ao compromisso com a saúde da população; muito pelo contrário, depende do interesse político-partidário dos gestores e prefeitos que estão no comando do sistema de saúde. Em outras palavras, não é raro em alguns municípios, a rotatividade de profissionais de saúde em virtude da mudança na ocupação do cargo de um outro prefeito e/ou gestor municipal de saúde.

Já na gestão dos serviços de saúde, tem sido grande obstáculo para o PSF a rotatividade do cargo de Secretário Municipal de Saúde, dificultando seguimento e avaliação das ações da Saúde da Família, enquanto política de Estado comprometida com o viés processual das transformações sociais e sanitárias.

*Bem, um dos pontos muito importante nisso é a gestão. Se a gestão não tem consciência e também não tem conhecimento da filosofia do programa ou não acredita na filosofia da estratégia, isto gera conseqüências que a gente vai sofrer na prática. Só na gestão desse atual prefeito, mudou de Secretário Municipal de Saúde três vezes, e cada um tem sua visão acerca da Estratégia Saúde da Família (Selene).*

Diante disso, fica evidente que o PSF não pode ser uma política de governo com adequação à conveniência momentânea para determinados gestores da saúde, que muitas vezes desejam mudanças pontuais na execução da Saúde da Família.

Assim, de acordo com as entrevistas, as enfermeiras, de uma forma geral, demonstram preocupação com a gestão dos serviços de saúde,

principalmente no que diz respeito à necessidade de avaliações sistemáticas das ações promovidas pelo PSF:

*A gente realiza reuniões mensais para discutir os problemas da equipe. Mas é preciso também reuniões com as outras equipes e a Secretaria [Municipal de saúde – SMS] pra gente saber o que está fazendo certo e o que ta fazendo errado. Às vezes a gente fica meio perdido sem saber se está no caminho correto (Eveno).*

*Essa avaliação do próprio serviço é muito importante, porque a gente conversando com outros profissionais, poderia pegar a experiência de outra equipe e adaptar para a nossa realidade. Porque às vezes a gente fica isolado. Não tem como compartilhar nossas angústias. As nossas dificuldades. E alguém pode dá uma luz. Um direcionamento para a gente adaptar a nossa realidade (Filopes).*

*Estabelecimento de critérios a ser seguidos pelos municípios para continuarem com o incentivo da estratégia que iriam desde o perfil do secretário [municipal de saúde] até avaliação contínua dos serviços (Métis).*

Para Campos (2005), é preciso que os membros da equipe do PSF tenham avaliação do impacto de sua atuação sobre o processo saúde/doença individual e coletivo. Esta avaliação, da equipe e não somente da enfermeira do PSF, deve levar em consideração o conhecimento dos indicadores de saúde, como cobertura de gestantes, época de matrícula no pré-natal, idade das gestantes, porcentagem de parto normal, taxa de aleitamento materno, cobertura de hipertensos e diabéticos, dentre outros, como instrumentos para planejar ações que melhorem a qualidade da intervenção.

Além disso, é necessário identificar problemas de saúde que dependam do contexto sociocultural, articulando-se projetos de intervenção sobre o território ou sobre instituições específicas – escolas, creches, favelas etc (CAMPOS, 2005).

No entendimento de Merhy (2007), a atenção gerenciada, com suas propostas de controle de custos e ações de saúde, não permite a busca de uma efetiva reforma das práticas de saúde, mudando os seus referenciais paradigmáticos em termos tecnológicos. É necessário, então, tomar os processos de gestão institucional desse universo tecnológico do próprio trabalho vivo em ato, que permita submetê-los a processos de avaliações coletivas e colegiadas entre médicos, enfermeiros, gestores e usuários.

Neste sentido, os serviços de saúde devem apoiar-se em processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários (CECÍLIO, 1994).

Nesse cenário, os usuários têm papel estratégico no direcionamento do processo de produção dos serviços de saúde, pois devem assumir o papel de co-autores das políticas de saúde no contexto do PSF. Em outras palavras, devem realizar o controle social desses serviços com o conjunto dos demais trabalhadores de saúde e dos gestores.

No PSF, esta parceria com a comunidade começa a ser esboçada, pelo menos é o que indicam as entrevistadas quando afirmam existir uma aproximação entre a equipe de Saúde da Família e os usuários dos serviços de saúde, gerando co-responsabilidade e controle social:

*Outra coisa que a gente faz é parceria com a comunidade para superar as dificuldades (Tália).*

*A gente ganha uma credibilidade. A gente é aceito, dentro daquela comunidade, porque a gente só luta ali (Mântica).*

*O PSF gerou uma nova forma de atuação entre profissional e usuário, onde existe uma co-responsabilidade (Selene).*

*A população hoje já está mais consciente de seus direitos, sabe a quem recorrer, o Conselho de Saúde está aí para isso. Então isto também foi um ponto muito importante com a chegada do PSF, que a população passou a valorizar seu direito de voz e de voto (Eveno).*

Pensando sobre o controle social dos usuários nos serviços de saúde, Acioli (2005) destaca a participação como um dos princípios do SUS que, além de incorporar aspectos de ordem organizacional, implica assumir um posicionamento ético/político de caráter democrático para sua concretização.

Vale salientar, que essa participação da comunidade no sistema de saúde é garantida pela Constituição Federal de 1988, no seu artigo 198 e, especificamente, na Lei 8.142/90, que regulamenta a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde, através dos conselhos e das conferências de saúde.

Assim, faz-se necessário que a comunidade ocupe estes espaços privilegiados do controle social, dado que, segundo Acioli (2005), este controle do que é público inscreve-se no âmbito da cultura política e da democratização da gestão nos serviços de saúde.

Diante do exposto, o cenário que foi desenhado, a partir do material empírico, possibilita perceber os avanços e desafios em que o PSF está inserido.

Todavia, o PSF tem conseguido desenvolver vínculo, acolhimento e humanização do atendimento. Tem conseguido melhorar os indicadores de saúde, diminuindo as internações hospitalares e fortalecendo a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Tem conseguido, também, desenvolver tecnologias leves na perspectiva da clínica ampliada, em consonância com a integralidade e o controle social.

Entretanto, ainda são desafios, no contexto do PSF, o trabalho coletivo em saúde, o perfil dos profissionais de saúde, a educação continuada das equipes, a precarização do trabalho e a gestão dos serviços de saúde, entre tantos outros.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo buscou pesquisar as mudanças ocorridas no processo de produção dos serviços de saúde, a partir do PSF, tendo como referência empírica entrevistas com enfermeiras que vivenciaram a implantação dessa estratégia no município de Caicó/RN, como profissionais que já trabalhavam na atenção básica.

Com esta investigação pudemos perceber 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 vem sendo percebidas por aqueles que neles trabalham.

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

Em função dessa situação, acreditamos que as mudanças proporcionadas pelo PSF têm como cenário o campo de disputas ideológicas na arena sanitária, onde aparecem momentos de avanços e, também, de retrocessos, retrocessos estes não no sentido de voltar, mas como fragilidades que devem ser superadas.

Isto implica a luta de distintos atores sociais, como trabalhadores da saúde, gestores, associação das comunidades, clube de mães, entre outros. Estes devem ter como “imagem-objetivo”, numa linguagem de Mattos, o fortalecimento do SUS enquanto política de Estado, e, nesta política, o PSF enquanto agente de transformações.

Quando falamos em transformação pressupomos o entendimento de não ser qualquer transformação, mas aquela em articulação com o conjunto das políticas sociais que são determinantes para o processo saúde/doença.

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.

Pensar essa mudança é também perceber as resistências em ter que mudar. Mudar pra quê? Como mudar? Quem mudará? Estes foram alguns dos questionamentos que nos inquietaram no início desta caminhada.

E nesse caminho compreendemos muitas coisas interessantes, pois como diz Guimarães Rosa, “a coisa não está nem na partida e nem na chegada. A coisa está na travessia”.

Na travessia foi possível visualizar que o PSF 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 na prevenção das doenças e na promoção da saúde.

Na travessia, verificamos, também, elementos de resistência às mudanças defendidas pelo PSF. Nestas resistências, as dificuldades do processo de trabalho coletivo em saúde, a precarização do trabalho e a necessidade de qualificação da gestão dos serviços de saúde, ocuparam lugar especial.



Na travessia, encontramos pessoas querendo continuar a caminhada, acreditando no PSF e apostando no seu potencial transformador. Essas pessoas deixaram bem claro ser preciso assumir o risco dessa mudança, pois toda mudança comporta riscos; como diz a poesia “a vida vale pelo risco”. Risco de se perder o que tem conhecido para buscar, às vezes, o desconhecido. Risco de sair do comodismo individual e dizer que é preciso trabalhar em equipe e com a parceria da comunidade. Risco de assumir a construção cotidiana do SUS. Risco de assumir, mesmo com medo, que os profissionais de saúde no PSF não podem continuar com um vínculo empregatício através de contrato temporário, o qual depende fundamentalmente do interesse político/partidário do gestor e/ou prefeito que está conduzindo as políticas de saúde.

É preciso coragem nesta travessia. Coragem de assumir o vínculo com a comunidade; de acolher os usuários; de humanizar o atendimento; de escutar a dor do outro como se fosse a sua própria dor; de escutar o silêncio; de transformar palavras em gestos e gestos em mudanças.

Acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização são os dispositivos institucionais amplamente desenvolvidos para garantir acesso imediato aos serviços e recursos tecnológicos. A qualificação da escuta clínica, solidária – mediante a responsabilização sanitária do profissional e gestor com as vidas das pessoas – é o principal mote para o estabelecimento de uma relação humanizada entre profissional/usuários/serviços com integralidade das ações, conforme assinala Pinheiro (2003).

Além disso, um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência.

Neste sentido, a enfermagem tem um papel de grande significação, considerando sua articulação como protagonista na organização do processo de trabalho em saúde, na atenção básica.

É preciso cuidado integral, tentando superar a fragmentação dos atos e do trabalho em saúde, que algumas vezes despreza o contexto social/político/econômico dos usuários que são atendidos no PSF.

O cuidado integral é uma ação em defesa da vida, baseado numa concepção de saúde que contextualiza o indivíduo nos seus aspectos sociais e coletivos, mas não nega sua singularidade como um sujeito com uma identidade própria e com autonomia.

É preciso, também, a clínica ampliada no PSF. A clínica do sujeito, como defende Campos. Uma clínica que valorize o doente e não a doença; é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença.

Enfim, é preciso a mudança. O PSF precisa assumir este risco de mudar. Necessita abraçar esta causa. Acreditar no potencial transformador de suas ações no processo de produção dos serviços de saúde, pois, como afirma Clarice Linspector, “você certamente conhecerá coisas piores que as já conhecidas, mas não é isso que importa. O que mais importa é a mudança, o movimento, o dinamismo, a energia. Só o que está morto não muda”.

## **REFERÊNCIAS:**

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação nos espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

ALMEIDA, M. C. P. ; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção á saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v.9, p. 50-153, 2001.

ANDRADE, F. M. **O Programa Saúde da Família no Ceará**. Fortaleza: Expressão gráfica e editora, 1998.

ARANTES, A. A. et al. **Colcha de retalhos**: estudos sobre a família no Brasil. 3. ed. São Paulo: Unicamp, 1994.

ARAÚJO, M. B. S. **A equipe de saúde no PSF**: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal/RN. Natal, 2004, 141p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. **Revista história, ciências, saúde**. Rio de Janeiro, V.1, p. 31 – 49 mar./jun. 1997.

BARRETO, M. L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, D. C. **Epidemiologia**: teoria e objeto. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

BRAGA, J. C.S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos da prática social. São Paulo: HUCITEC, 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS**. Brasília: Departamento de Atenção Básica/DAB-MS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997.

BARROSO, M. G. T. (Org.). A família brasileira numa visão cultural. **Revista da Rede de Enfermagem Nordeste – RENE**. Fortaleza, v.1, n.2, p. 21-24, jul./dez. 2000.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15 jan/mar, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CASTRO, J. L. et al. Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. In: \_\_\_\_\_.(org.). **Gestão de trabalho no SUS**: entre o visível e o oculto. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2007.

CECCIM, R. B. ; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20 nº.5 Set./Out. 2004.

CECÍLIO, L. C. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CIANCIARULLO, T. I. (org.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe editorial, 2002.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZI, M. Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem para o Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2000.

CONH, A. ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 4. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2001.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para mudança do modelo assistencial. **Revista da Rede de enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.9, n.2, p.120-128, abr./jun. 2008.

CHIESA, A . M. et all. Enfermagem, academia e saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, p. 52-59, n.04, 2002.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Campinas, 2004. 182 p. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas/SP, 2004.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. São Paula, 2002. 416 p. Tese (doutorado em saúde pública). Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP, 2002.

FRANCO, T. ; MERHY, E. **PSF: Contradições e desafios**. 2003. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>> Acesso em: 12 Jan. 2007.

GERMANO, R. M. (Coord.). Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: CASTRO, J.L (org.). **Gestão de trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2007.

GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

GONDIM, G. M.M. **A produção do espaço da causalidade do processo saúde/doença: um estudo de morbi-mortalidade de crianças e seus determinantes ecológicos e sócio-ambientais no Nordeste brasileiro**. Rio de Janeiro, 1999. Projeto de Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

MATTOS, R. A. de. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). In: \_ Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, set-out, 2004. p. 1411-1416.

MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. In: \_ PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. de. \_\_\_\_\_. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. 16p.

MEDEIROS, S. M. (Coord.) Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem. In: CASTRO, J. L. **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2007.

MEDEIROS, S. M de. **As novas formas de organização do trabalho na terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde: estudo em Natal/RN**. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, 2000.

MEIRELLES, V. Conheça a nova família brasileira. In: **CEFOPE/RN: curso técnico de agente comunitário de saúde**. Natal, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_\_.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 4. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

\_\_\_\_\_. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, n.4, p.04-25, jan./jun. 2004.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M.S. Saúde Pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, abr./jun., 1993.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. ; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. (et al.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Campinas – SP, mai, 1999. 27 p.

\_\_\_\_\_. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. Belo Horizonte – MG, jul, 2005. 14 p.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas – SP, mar, 2003. 19 p.

MORAIS, I. F. **Estratégia Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde do CAIC Carnaubal: um feixe de luz em meio à escuridão**. Mossoró, 2005, 85p. Monografia (Graduação em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 2005.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.



PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

PINTO, E. S. G. **Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família**. Natal, 2008. 119 p. Dissertação (mestrado em enfermagem). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, 2008.

\_\_\_\_\_. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. 2. ed. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998.

PINHEIRO, R. **Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS**. Jan/fev/mar/abr, 2003.

SOLLA, J. Organizando o SUS a partir do PSF. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Ano 5, n.7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre-São Paulo: L&PM editores, 1987.

SECLLEN-PALACIN, J. A. Enfoque da Saúde da Família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**. Brasília: Organização Pan-americana da saúde, 2004.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOUSA, M. F. **A coragem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2002.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A.C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família.** Brasília, 2001.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção básica no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Ano 5, n.7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: Edufba, 2006.

\_\_\_\_\_. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** 3. ed. São Paulo: Cortez/Abrasco, 2006.

TIMOTEO, R. P. S. Modernidade, saúde e enfermagem: momentos históricos no Rio Grande do Norte. **Revista da Rede de Enfermagem Nordeste – RENE**. Fortaleza, v.1, n.2, p. 36-42, jul./dez. 2000.

TIMOTEO, R. P. ; MONTEIRO, A.K.; UCHÔA, S. A. Saúde da família e os projetos políticos pedagógicos: a intenção e o gesto na inserção do tema no cotidiano dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. In: CASTRO, J. L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal: Observatório RH: NESC/UFRN, 2007.

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre saúde da família. In: MENDES, E. V. (org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

VILLAS BÔAS, L. M. F. **O saber/fazer da enfermagem no cotidiano do PSF na perspectiva de construção de sua autonomia**: um estudo de caso no Distrito Sanitário Norte – Natal/RN. Natal, 2004, 219 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

QUEIROZ, V. M.; SALUM, M. J. L.. **Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face à vigilância à saúde**. Trabalho apresentado no 48º CBENf. São Paulo, 1996. (Mimeografado).

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM

**TÍTULO DA PESQUISA:** SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA DE MUDANÇA NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### Dados de Identificação:

Nome:

---

---

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Local \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Trabalho:

---

Há quanto tempo trabalha na Instituição? \_\_\_\_\_

Carga horária semanal? \_\_\_\_\_

Onde concluiu a graduação? \_\_\_\_\_ Tempo de formação? \_\_\_\_\_

Possui curso de pós-graduação? Qual curso? Qual o ano de conclusão?

---

---

Quais os principais cursos de atualização que realizou a partir do PSF?

---

---

---

---

Realizou curso Introdutório do PSF? Sim ( ) Não ( )

Em qual ano? \_\_\_\_\_

Possui outro vínculo empregatício? Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo: ( ) Instituição pública ( ) Instituição privada

**Questões:**

1. Qual a sua visão acerca do PSF?
2. Que mudanças no processo de produção dos serviços de saúde ocorreram a partir da implantação do PSF?
3. Quais as principais resistências que você identifica na operacionalização do PSF?
4. Quais os pontos fortes e as fragilidades na operacionalização PSF?
5. Que estratégias você aponta para a operacionalização do Programa?
6. Que sugestões você daria para melhorar o processo de produção dos serviços de saúde no PSF?

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**ESCLARECIMENTOS:**

Caro (a) Enfermeiro (a), o objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Saúde da Família: uma estratégia de mudança no processo de produção dos serviços de saúde?”, cujo propósito é analisar, na visão de enfermeiros, as mudanças ocorridas no processo de produção dos serviços de saúde após a implantação do PSF.

Atribuímos a relevância desta pesquisa ao fato de poder contribuir com as discussões acerca do papel do PSF no cotidiano dos serviços de saúde e de aprofundar o debate no que diz respeito às possibilidades de mudanças com a efetivação do mesmo.

A coleta das informações será por meio de entrevistas individuais, em que após prévia autorização dos participantes da pesquisa, será utilizado um MP3 para captar as informações de forma precisa.

Os procedimentos de coleta de dados, durante a sua participação na pesquisa, poderão oferecer riscos mínimos considerando que a investigação utilizará como abordagem empírica apenas o instrumento entrevista.

Os resultados obtidos no estudo serão disponibilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte do pesquisador em manter sigilo e anonimato de sua participação.

Ressaltamos ainda que você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades e/ou prejuízos. Mesmo não havendo necessidade de ressarcimento, o pesquisador se responsabiliza por

possíveis custos solicitados por você, em função da pesquisa, desde que fique comprovada legalmente sua necessidade.

Esta pesquisa terá a coordenação da Dr<sup>a</sup> Raimunda Medeiros Germano, professora do Departamento de Enfermagem da UFRN. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

CONSENTIMENTO:

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada “Saúde da Família: uma estratégia de mudança no processo de produção dos serviços de saúde?”.

Raimunda Medeiros Germano (Coordenadora da Pesquisa)

Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, s/n

Lagoa Nova, Natal-RN CEP: 59.072-970

Fone: (84) 3215-3196

e-mail: [pgenf@pgenf.ufrn.br](mailto:pgenf@pgenf.ufrn.br)

Assinatura do Informante

Assinatura do Pesquisador

Caicó-RN, \_\_\_/\_\_\_/2008



# **ANEXOS**