

OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

BRÁS JÚNIOR, Jairo. CARDOZO, Magda Arlete Vieira. ESF ações preventivas e interventivas em saúde: algumas reflexões. Omnia Saúde, v.11, n.2, p.47-75, 2014.

ISSN versão Online 2236-188X
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 22/08/2014
Revisado em: 11/12/2014
Aceito em: 20/12/2014

ESF E AÇÕES PREVENTIVAS E INTERVENTIVAS EM SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES

ESF AND PREVENTIVE ACTIONS AND INTERVENTIVAS IN HEALTH: SOME REFLECTIONS

Jairo Braz Júnior
Psicólogo (FAI)

Magda Arlete Vieira Cardozo
Mestre em Psicologia (UNESP)

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa reorientar o modelo de saúde de nosso país, sendo que o mesmo se pauta pelos princípios do SUS, por ser uma estratégia recente e por toda a complexidade em ser implantada em um país de dimensões continentais, destaca-se a necessidade constante de textos que investiguem, avaliem e proponham mudanças pertinentes. Buscamos discutir as orientações preventivas em saúde, trazendo algumas reflexões que julgamos ser importantes. Assim, para que isso fosse realizado, procuramos compreender historicamente a concepção da prevenção, investigar a dimensão operacional da ESF e, a partir de entrevistas semidirigidas com profissionais deste programa, investigar suas percepções em relação às práticas oferecidas. Foi possível discutir as ações desenvolvidas no programa, bem como perceber como se dá a prevenção e a intervenção dentro do mesmo, que objetiva a promoção, a prevenção, a recuperação da saúde e a reabilitação.

Palavras-chave: SUS; Programa Saúde da Família (PSF); Estratégia Saúde da Família (ESF).

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) aims to reorient the health model of our country, with the same agenda for the principles of the SUS, being a recent strategy and for all the complexity in implementing such a program in a country of continental dimensions, stands out the constant need of texts to investigate, evaluate and propose relevant changes. We discuss the preventive health guidelines, bringing some reflections that we deem to be important. So, for this to be accomplished, we seek to understand historically the concept of prevention, investigate the operational dimension of the ESF and, from the data collection interviews with professionals in this program, investigate their perceptions regarding practices offered. It was possible to discuss the actions developed in the program, as well as understand how prevention and intervention within the same, aimed at promotion, prevention, recovery of health and rehabilitation.

Keywords: SUS; Family Health Program (PSF); Family Health Strategy (ESF).

INTRODUÇÃO

O antigo adágio popular “melhor prevenir do que remediar” precisa tornar-se mote de fato nas políticas públicas do Brasil, pois, o que ainda se percebe em alta escala é uma ação reativa diante das demandas sociais, principalmente na saúde. Porém, há sinalizações positivas que já podem ser observadas como tentativas de implantação de ações preventivas e promotoras em saúde.

A medicina preventiva é conceituada de modo geral como conjunto de medidas e ações voltadas à prevenção de doenças e/ou seu agravamento, portanto, são dois os conceitos associados: a prevenção da ocorrência e a prevenção da evolução.

O contexto histórico que fundamenta o discurso da medicina preventiva é apresentado por Arouca e sintetizado por Furtado:

“Medicina Preventiva como formação discursiva surge, como propõe Arouca (2003), em um contexto fundamentalmente marcado por três vertentes: 1) A primeira representada pela Higiene, que surge no século XIX intimamente relacionada com o desenvolvimento do capitalismo e do pensamento liberal; 2) A segunda vertente remonta à discussão dos custos da atenção médica, entre as décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos, que vivia neste período os impactos da Grande Depressão; 3) A terceira diz respeito às transformações na definição das responsabilidades médicas impulsionadas pela crescente reivindicação de que o acesso ao cuidado médico é um direito de todo cidadão” (FURTADO, 2010, p. 28).

De acordo com Arouca (1975), a medicina preventiva configura-se como um movimento que combina três práticas que serviriam de alternativa para a solução no conjunto de problemas no interior das formações sociais relativas à incidência das doenças e cobertura de cuidado médico. Vejamos as articulações dessas práticas:

“Investida de uma materialidade institucional, e com seus intelectuais orgânicos, a medicina preventiva encontra-se em uma Prática Discursiva na fundamentação orgânica conceitual de seu movimento, que permitiu um espaço múltiplo de formação dos objetivos de convergências discursivas, como a Pedagogia, a Sociologia; administrativo, ecológico, etc., de sistematização e relato de experiências, de padronização de atividades, enfim, de todo um discurso heterogêneo, complexo e multidisciplinar. E, em segundo lugar, em uma Prática Ideológica que se concentra na formação, tanto ao nível estudantil como docente, de uma consciência preventiva. E, finalmente, o que poderíamos chamar de uma Prática Empírica Experimental, em que se tenta construir experimentalmente (ou em termos de modelo de demonstração) novas formas de existência das individualidades, que comporta uma tentativa de demonstração da Medicina Preventiva como uma prática em um espaço controlado, tendo como atores os médicos e a população” (AROUCA, 1975, p. 173).

Mas, diante dessa proposição do Movimento Preventivista, o autor supracitado conclui que o que houve foi uma manutenção da hegemonia médica vigente:

“Configurando-se como um movimento que combinaria estas três práticas, a Medicina Preventiva não colocou no seu interior nem uma Prática Teórica, que possibilitaria a produção de conhecimento sobre as reais determinações na crise no setor de saúde, nem a possibilidade de uma prática política que levasse às mudanças necessárias. Assim, propondo-se como um movimento de mudança, na realidade a Medicina Preventiva constituiu-se em um sistema conservador das estruturas da prática médica existente” (AROUCA, 1975, p. 173).

Portanto, a medicina preventiva é tida como um movimento ideológico “que buscava promover transformações nas representações sobre a prática médica, e não como um movimento político que procurava de fato modificar essa prática” (FURTADO, 2010, p. 32).

Arouca (1975) propõe ainda a viabilidade do projeto preventivista, a partir do rompimento com sua origem liberal e civil, com o Estado assumindo o papel na rearticulação do setor saúde, fazendo valer o poder político na regulação e controle da saúde.

A promoção em saúde surge como herdeira da higiene e da medicina preventiva e ganha espaço e força no interior da saúde coletiva, tornando o discurso hegemônico em relação às políticas públicas em saúde no Brasil. Atualmente, os discursos em saúde predominam no campo da “Nova Saúde Pública”, que tem origem no Canadá, nos Estados Unidos e em países Europeus, tendo suas bases conceituais e políticas da promoção à saúde, construídas através de três conferências internacionais: Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundval (1991).

Furtado (2010) indica que:

“Além das motivações ideológicas e políticas enunciadas nas referidas conferências, a Promoção da Saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde tanto no interior do sistema como na própria sociedade. Como vimos na parte anterior, a concepção biomédica do processo de adoecimento começa a receber críticas advindas de diversos campos de conhecimento, e a Promoção da Saúde surge incorporando tais críticas e introduzindo novas maneiras de pensar a saúde e a doença; além de propor inovações nas intervenções e no cuidado com a saúde” (FURTADO, 2010, p.50).

Outro fator que corrobora com a implantação de políticas de promoção em saúde, foi a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 que trouxe a ênfase *Saúde direito de todos e dever do Estado*, garantindo a todo cidadão o direito a usufruir ações de prevenção, promoção e recuperação a saúde. O SUS (Sistema Único de Saúde) é idealizado neste período e fundamenta-se nos seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade. Rosa e Labate (2005) apontam que:

“A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS” (ROSA e LABATE, 2005, p.1030).

Por meio dessa nova forma de se fazer políticas públicas em saúde surge o Programa Saúde da Família (PSF), que é uma estratégia vinculada à Atenção Primária à Saúde (APS).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sua primeira etapa de implantação em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC). O ano de 1994 foi marcado

no âmbito nacional e internacional pela ênfase à família enquanto o centro da atenção das políticas públicas. Neste mesmo ano, formaram-se as primeiras equipes do referido programa. Essas equipes são multidisciplinares e precisam ter uma formação mínima: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, porém, outros profissionais podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio.

Ressalta-se que atualmente este modelo tem sido chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), por não mais ser compreendido como um programa, mas como uma nova forma de se compreender, manejar e intervir junto à família.

Assim, a ESF é considerada como um novo modelo na organização da atenção à saúde, portanto, há uma ruptura com o modelo tradicional (médico-medicamentoso, curativo e hospitalar), pois a família passa a ser o centro de atenção e não o indivíduo doente; o programa oferta serviços articulando a saúde com as condições de vida e não mais à doença, assim, há uma postura de vigilância, as ações são direcionadas à população ao invés de se aguardar que a mesma procure os serviços públicos; os atendimentos prestados acontecem nos domicílios e nas Unidades de Saúde (USF):

“O objetivo da Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional da assistência, orientado para a cura de doenças e hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o território, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família (ESF) uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas” (BRASIL, 2013).

Deste modo, a ESF faz parte de uma nova maneira de conceber e se tentar fazer saúde em nosso país:

“A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS” (BRASIL, 1997).

Algumas características próprias da ESF demonstram os aspectos distintos que permitem o melhor enquadramento das ações por ele desenvolvidas. São elas:

- Não trata-se de um atendimento ambulatorial nem emergencial nos moldes tradicionais e é operacionalizado por profissionais de diversas áreas e, portanto, não é uma especialidade médica, embora a equipe deva ter médicos, preferencialmente, especialistas em Medicina da Família;
- Há uma atuação direcionada para o atendimento de um grupo limitado de pessoas que passarão a receber assistência de forma contínua;
- A delimitação da atuação das equipes dá-se pelo espaço geográfico e não pelo nível social da população atendida;
- As ações compreendem desde a prevenção e a promoção de saúde, motivo de estudo deste trabalho, até a reabilitação e a manutenção da saúde da comunidade.

Assim, é necessário reiterar que este modelo adotou os princípios que regem o nosso sistema nacional de saúde (universalidade, equidade e integralidade), a descentralização político-administrativa e a participação ativa da comunidade (OLIVEIRA, 2006).

Faz-se necessário pontuar alguns princípios da Atenção Primária à Saúde, de maneira incisiva, porque tais princípios permeiam todo o sistema de saúde, e são tais elementos que orientam as ações que caracterizam a operacionalidade do programa de atenção à saúde da família que é considerado por alguns como a estratégia fundamental deste nível de atenção (DOMINGUEZ, 1997 apud OLIVEIRA, 2006). Os elementos a seguir são distintivos dessa nova forma de encarar as políticas em saúde:

Caráter Substitutivo: a intenção é substituir as práticas convencionais de assistência por um modelo centrado na vigilância à saúde. Portanto, o que se pretende é corrigir a ênfase até então posta na hospitalização, nos atendimentos médicos e numa ação reativa diante do processo saúde-doença. Além de superar a ineficiência do setor, a insatisfação da população e a desqualificação profissional;

Integralidade: disponibilizar ação em saúde de modo integral, visando a: promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde da população articulando-as dentro de todo sistema de saúde;

Territorialização e Adscrição da clientela: esse elemento diz respeito à definição do território de ação e o acompanhamento da população adscrita, permitindo que dentro de um mesmo município as equipes possam desenvolver trabalhos diferenciados; tal fator possibilita o conhecimento do território, a identificação dos problemas peculiares de cada região, o estabelecimento de vínculos com a comunidade e o planejamento de medidas específicas que corroborem para o alcance dos objetivos propostos. Recomenda-se que cada equipe seja responsável por uma população de, no máximo, 4.500 pessoas;

Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar: esse aspecto é fundamental no PSF, pois apregoa não apenas a presença de corpo multiprofissional, mas que cada profissional conheça a função do outro e consiga-se fazer um arranjo de atuação que veicule e viabilize que os conhecimentos sejam compartilhados e utilizados de modo que se ofereça a clientela um serviço eficiente e eficaz;

Intersetorialidade: este princípio articula a necessidade do envolvimento participativo de vários setores da sociedade para que sejam possíveis os encaminhamentos pertinentes para a diversidade de problemas que aparecem no contexto do programa;

Necessidade do vínculo: esse elemento valoriza a relação entre a equipe de saúde e a família, visando uma proximidade que de fato abra um canal de comunicação, onde haja disponibilidade de escuta, de respeito e empatia, para que seja possível que o cuidado integral seja ofertado. A ESF busca caracterizar-se por ser um modelo usuário-centrado;

Visita Domiciliar e Atenção Domiciliar: essa prática permite que as famílias sejam acompanhadas através de visitas espontâneas ou programadas oferecendo a atenção familiar;

Descentralização político-administrativa: isso ocorre através do gerenciamento realizado pelo município.

Para entender como funciona o ordenamento administrativo que envolve a ESF apresentar-se-ão as responsabilidades de cada uma das esferas gestoras na Atenção Básica (2011).

Quadro 2. Gestão na Atenção Básica em Saúde	
Federal	Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; Co-financiar o sistema de atenção básica; Ordenar a formação de recursos humanos; Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; Manter as bases de dados nacionais.
Estadual	Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; Regular as relações intermunicipais; Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; Co-financiar as ações de atenção básica; Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.
Municipal	Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; Contratualizar o trabalho em atenção básica; Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); Co-financiar as ações de atenção básica; Alimentar os sistemas de informação; Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.
Fonte: dab.saude.gov.br	

Tendo apresentado acima alguns dos princípios que perpassam a ESF, julgamos necessário verificar de modo direto como é compreendida e tratada a família neste programa.

O Fato de a família ser o foco da ESF está apoiado num contexto histórico que remete a necessidade de se reparar o tecido social que corria risco de desmantelamento, devido a inúmeros fatores. Como destaca Ribeiro (2004):

“As possibilidades de desagregação do tecido social, traduzidas pelo abandono de mulheres e crianças, crescimento da violência, deterioração das redes de solidariedade, de ameaça de pauperização, levaram organizações internacionais a exercer pressão sobre os Estados, enfatizando “a necessidade de recuperação da importância da família como lugar de busca de condições materiais de vida, de pertencimento na sociedade e de construção da identidade” (RIBEIRO, 2004, p. 661).

Portanto, diante de uma situação contingente que envolve o sistema capitalista globalizado, o enfraquecimento do setor público e uma população cada vez mais marginalizada, há uma pressão internacional que resulta na urgência de implantação de políticas públicas voltadas à família. Ainda de acordo com Ribeiro (2004):

“Ante a crise do Estado de Bem-Estar e crescente custo dos diferentes serviços públicos e privados “requer se a solução familiar (ao menos parcial) visando reduzir sua dependência dos serviços coletivos e aumentar ou redescobrir a autonomia e iniciativa pessoal/familiar. Configura-se o ‘neofamiliarismo’, ou seja, a tendência ideológica de fazer da família uma unidade econômica e política, de resolução de problemas da racionalidade global do modelo neoliberal” (RIBEIRO, 2004, p.660).

Nos anos 80, inicia-se a inserção de programas sociais voltados à família, principalmente na área da saúde. Há uma mobilização por parte da igreja em ações interventivas junto às famílias desenvolvidas através de projetos como as campanhas da fraternidade, os cursos de noivos, os Encontros de Casais com Cristo (ECC), a pastoral da criança e o movimento familiar cristão. Nos anos 90 é discutido e implantado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e, com isso, o conceito de famílias de risco é consolidado e a família entra definitivamente na pauta das políticas públicas no Brasil. A ESF culmina como resultado desse movimento em direção à família.

Porém, Ribeiro (2004) menciona que apesar da família ser apresentada como foco central da Estratégia Saúde da Família, operacionalmente não há garantia de que isso se concretize, pois, não há uma definição do padrão de família abordado, já que, de acordo com a autora, a família é na maioria da vez abordada de forma parcializada ou identificada através de representantes ou substitutivos, ou ainda, como referência genérica no âmbito das políticas públicas. Assim, a família é apresentada através de múltiplas abordagens tais como: família/indivíduo; família/domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; família/família. Para melhor compreensão da tipologia das diferentes formas de abordagem que o PSF trabalha seguem esclarecimentos.

Na categoria família/indivíduo o centro da atenção é o indivíduo, é o cliente nominal, sendo que a família é vista como tendo responsabilidades para com aquele indivíduo. Na categoria família/domicílio o interesse se volta para o ambiente da casa e suas condições, o foco da atenção é o espaço físico, é ele que substitui ou representa a família. Na categoria família/indivíduo/domicílio une-se os sentidos das duas últimas categorias, mas, a ênfase recai no indivíduo doente no domicílio, sendo que a abordagem se canaliza em fornecer educação em saúde para o tratamento e o cuidado com o paciente. Na categoria família/comunidade o enfoque é nas famílias que convivem em um mesmo ambiente social; o foco são ações preventivas e as famílias têm responsabilidades diante dos problemas locais enfrentados, ou seja, fazem parte do problema e da solução. Na categoria família/risco social o foco são algumas famílias que se encontram em situações de exclusão, vivem em comunidades periféricas e precisam de ajuda para se reestabelecerem. Por último, está a categoria família/família, na qual o foco é a atenção à família em suas múltiplas manifestações, essa abordagem requer a consideração das condições materiais da família, afetivas, espirituais, a interação com outros setores da sociedade, a ênfase é no ser e no viver em família e em todas as representações envolvidas na dinâmica social, histórica na teia complexa da filosofia pós-moderna que rege esse tempo (Ribeiro, 2004).

Diante do que foi posto, vimos que a tarefa de operacionalizar um programa a partir da família não é tarefa das mais simples devido ao emaranhado de abordagens com relação à família que o próprio sistema tem que conviver, mas não é impossível. De acordo com Ribeiro (2004), há uma abordagem mais apropriada:

“A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde. Ressalta-se que essa inclusão não decorreu de entendimento e convicção pactuados; viu-se que a família chega à atenção primária de saúde impulsionada por diferentes

e conflitantes representações e motivações, daí as facilidades de se produzirem contradições” (RIBEIRO, 2004, p. 663).

OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi pesquisar a dinâmica de trabalho da ESF a fim de verificar como se dão as ações preventivas e interventivas trazendo algumas reflexões pertinentes, a partir do olhar dos próprios trabalhadores que configuram o quadro da ESF.

METODOLOGIA

A presente pesquisa utilizou-se de um método de caráter qualitativo, cuja abordagem apresenta foco específico, onde se busca compreender o fenômeno estudado e proporcionar a oportunidade das pessoas expressarem suas crenças, sentimentos e pensamentos. Neste sentido:

“A abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Tem abordado, entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão / frente ao tratamento /frente às condições de trabalho” (TURATO, 2003 apud NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 48).

Utilizamos a entrevista semiestruturada na realização da coleta de dados. Neste modelo de entrevista o pesquisador precisa estar atento aos conteúdos não verbais (gestos, entonação de voz, fisionomia, etc.), precisa elaborar um roteiro de entrevista que pode sofrer alterações à medida que for necessário. Nogueira-Martins e Bógus (2004) apresentam a entrevista semiestruturada da seguinte forma:

“A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Este, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. É útil esclarecer que essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semi-estruturada, são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas, também, de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno que interessa” (Nogueira-Martins e Bógus, 2004 p.50).

Para analisar as entrevistas realizadas utilizou-se da Análise de Conteúdo, que seria:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 2000 p.42).

Deixa-se claro que não pretendemos generalizar os resultados aqui obtidos, mas que os dados apresentados são relevantes para reflexões acerca das práticas que vem sendo desenvolvidas em nosso cotidiano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas entrevistas com três profissionais da ESF de uma cidade da região da Alta Paulista. Inicialmente, o planejamento era realizar a pesquisa em várias cidades da mesma região, porém, acabou não sendo possível concretizar tal proposta. Ao iniciar o trabalho de campo o pesquisador procurou os profissionais responsáveis pelas ESF's de vários municípios, sendo solicitado que providenciasse documentação de pedido de autorização para a realização de tais entrevistas e as encaminhasse para o diretor de saúde dos municípios. O documento foi devidamente preparado e encaminhado às autoridades constituídas para apreciação e autorização, mas, infelizmente, isso não ocorreu, o que por sua vez impossibilitou um número maior de entrevistas e diretamente restringiu as categorias de análise, mas, acreditamos ser possível ainda assim trazer contribuições sobre as orientações preventivas na contemporaneidade. Um único município se prontificou a participar da pesquisa, e mesmo assim, apenas três profissionais se dispuseram a serem entrevistados, a saber, uma dentista, uma enfermeira e um médico.

Vale ressaltar que a nossa proposta não foi fiscalizar a ESF, mas sim, entrevistar os profissionais e verificar suas percepções acerca das ações e serviços em tal programa, buscando compreender a partir das mesmas, como ocorrem e se são efetivas ou não.

A partir da técnica de análise de conteúdo realizamos uma categorização das entrevistas realizadas que nos possibilitou extrair conhecimentos que surgiram da produção das mensagens e de sua recepção. As categorias de análise constatadas foram: as ações desenvolvidas pela ESF e a Prevenção versus Intervenção na ESF. Seguem as Categorias de Análise discutidas separadamente, visando uma melhor compreensão dos aspectos que as tangenciam, mas, destaca-se que as mesmas são interligadas e ocorrem complementando-se.

Ações Desenvolvidas

Ao identificar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da ESF é imprescindível que não percamos de vista que tais ações envolvem a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Frisamos isso para ressaltar que o foco do atendimento é a família e que apesar da prerrogativa ser a de promoção à saúde, ações em outros níveis também fazem parte do programa. Seguem abaixo, ações mencionadas pelos profissionais entrevistados.

Visitas Domiciliares

Dentista: “... as agentes que estão sempre indo às casas, então elas sabem o que eles precisam”.

Enfermeira: “... são ótimos agentes comunitários, buscam, levam o problema, trazem para nós, levam as soluções”.

Médico: “... a saúde da família é baseada no agente comunitário que está diariamente em contato com as famílias e traz os problemas pra enfermagem, no caso a chefe da enfermagem e a chefe de enfermagem entra em contato com o médico, isso nos problemas que o agente de saúde vê no dia-a-dia...”.

Essas falas, além de indicarem a importância das ACS para o funcionamento do programa saúde da família, indicam as visitas domiciliares como a ação fundamental para o alcance do objetivo do programa. As visitas domiciliares são feitas pelos ACS. Os enfermeiros e médicos também realizam tais visitas em um dia na semana com pacientes já agendados, geralmente sendo atendidos pacientes acamados ou que se recusam em ir à unidade. Tais ações permitem o acesso a todo contexto familiar, não apenas no aspecto intrafamiliar, interfamiliar, mas também nos aspectos ambientais:

“Por meio dessa Visita, as equipes dos Programas de Saúde da Família identificam as condições sociais e sanitárias das famílias, obtendo um diagnóstico da realidade local e favorecendo a identificação das áreas de risco, que não seriam visualizadas no interior da unidade de saúde. Atua também, de modo direto, como organizadora da demanda, que, de outra forma, seria espontânea, pois, ao levantar os casos existentes, as equipes agendam os atendimentos na Unidade” (TEIXEIRA, 2009, p.172).

A realização das visitas acontece na medida em que o profissional estabelece relação e interação com aquele contexto familiar, é a aproximação da realidade daquele núcleo familiar que tornará possível estar atento aos conteúdos manifestos e latentes que permeiam as relações. Teixeira (2009) apresenta as vantagens e desvantagens das visitas domiciliares, o que consideramos pertinente à medida que consideramos essa técnica a principal para o programa saúde da família, pois certamente o conhecimento delas traz implicações para inclusive as melhorias de tal ação. As vantagens são:

“1- A presença do profissional in loco, atuando no ambiente doméstico, permite um planejamento de ações mais próximas da realidade do indivíduo mediante a visualização de condições econômicas e sociais, tais como: habitação, costumes e higiene;
2- O domicílio permite regras de conduta mais flexíveis e descontraídas do que as exigidas pela Instituição (burocracia institucional);
3- Esse ambiente favorece melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional. Por ser menos formal, permite a exposição de variados problemas que interferem na situação do indivíduo, tornando o trabalho mais humanizado;
4- Dispõe-se de mais tempo para o atendimento do que na instituição, o que viabiliza melhor intervenção do profissional;
5- A visita agendada previamente favorece a boa receptividade de toda a família ao profissional” (TEIXEIRA, 2009, p.174).

Por sua vez as desvantagens são:

“1- Dificuldades de acesso do profissional ao domicílio. Muitas instituições não possuem carro e o profissional desloca-se por conta própria;
2- Limitação dos encontros em razão do horário de trabalho e dos afazeres domésticos, que podem impossibilitar sua realização;
3- Exigência de tempo maior do que no atendimento realizado na instituição, devido à locomoção ou à execução da visita, tornando-a atividade dispendiosa e de pouco alcance para a maior parte da população;
4- A visita agendada previamente pode induzir a família a mascarar a situação que seria encontrada caso não houvesse esse agendamento” (TEIXEIRA, 2009, p. 174).

Valemo-nos do testemunho de Teixeira (2009) para corroborar a importância, a validade e a relevância de tal técnica para a atenção à saúde da família, pois o trabalho beneficia a toda a equipe e acima de tudo a população:

“A experiência no Setor Saúde nos permitiu perceber que a Visita Domiciliar favorece uma abertura maior dos usuários do que na Unidade de Saúde, onde o indivíduo expressa, em geral, o que o profissional quer ouvir. Quando em seu domicílio, o usuário se permite a revelação de fatos que na Unidade são comumente ocultados, pelo que o profissional pode não somente escutar o que o usuário verbaliza, mas entender suas atitudes a partir do contexto em que está inserido – social, financeiro, familiar, profissional, religioso e cultural –, onde as diferenças são relevantes. É preciso considerar todas as dimensões e referências construídas a partir de relações sociais. Como o problema individual está intrinsecamente relacionado à vida familiar, há membro dela” (TEIXEIRA, 2009, p.175).

Médico: “... a equipe é fundamental... O fator básico é trabalhar em equipe eu acho tá! Se você trabalhar em equipe você consegue reunir o maior número de informações para você primeiro delimitar ou instituir ordens pra resolver problemas, né, pra ser feito, pra que o planejamento que você faça chegue, saia do médico até o agente comunitário pra ser realizado da melhor forma possível. Então, a equipe é importante”.

Essas são as palavras usadas pelo médico para descrever o fator que, em sua opinião, o trabalho em equipe mais influencia a efetivação das ações. Podemos afirmar que o trabalho dos ACS através da visita domiciliar é ação primordial para o desencadeamento das demais ações que serão propaladas.

É pertinente, ao falarmos da operacionalidade da Estratégia Saúde Família (ESF), mencionarmos como isso se dá com relação aos membros da Equipe Saúde da Família, que preceitua sobre as funções coletivas e as atribuições particulares de cada membro da equipe. Como já informado anteriormente, a formação de uma equipe mínima deve ser composta por: um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde – outros profissionais – tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, por exemplo –, poderão ser incorporados de acordo com as características e demandas dos serviços locais de saúde.

É importante destacar que o programa preceitua que esses profissionais residam no município onde atuam e que trabalhem em regime de dedicação total. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por sua vez devem residir nas respectivas áreas de ação para se crie vínculos e identidade cultural com as famílias assistidas pelo programa. A seguir citamos as responsabilidades que são atribuídas à equipe da ESF:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco as quais a população está exposta;
- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2000).

A equipe da ESF na prática clínico-assistencial individual e/ou coletiva tem como enfoque: abordagem holística do processo saúde-doença; integração interdisciplinar e intersetorial; forte relação médico-paciente (Método Clínico Centrado no Paciente) produtora de autonomia; uso de conhecimentos e ferramentas cientificamente embasadas; ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças; diagnóstico precoce de agravos e doenças; atenção aos novos problemas de saúde; cuidado continuado dos problemas crônicos; e prevenção oportuna.

Porém, não há um número de profissionais que se enquadram no perfil apresentando, o que tem levado o Ministério da Saúde a investir na implantação de polos de formação e na capacitação continuada em saúde da família. Ainda assim, tem sido complicado para dar conta do crescimento significativo ano após ano de municípios que tem implantado o sistema saúde da família. O outro fator ligado ao perfil inadequado dos profissionais diz respeito ao apadrinhamento e as parcerias políticas que levam o gestor municipal a indicar pessoas de sua confiança, porém, que descaracterizam o programa.

Quanto à estrutura da ESF somos informados que:

“recomenda, para grandes centros urbanos, que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) equipes da Saúde da Família seja responsável por até 12 mil habitantes do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, desde que garanta a operacionalização dos quatro elementos (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) que caracterizam a APS, principalmente o acesso. Isso significa que uma UBS pode comportar até quatro equipes da SF. É evidente que, para zonas rurais de menor densidade populacional, o número de equipes será menor, devendo-se distribuir as equipes a fim de facilitar o acesso aos grupos dispersos da população” (BRASIL, 2011).

Vale mencionar que a estrutura tem que atender normas reguladoras que já foram previamente estabelecidas:

(...) cada UBS deve possuir estrutura física e insumos em qualidade e quantidade para permitir a realização de atenção primária com alta resolubilidade. Tais orientações não são normas rígidas, mas servem para orientar o processo de planejamento e construção das UBS, que devem seguir os padrões vigentes determinados pelas normas e portarias nas esferas municipal, estadual e federal, como a Norma Brasileira (NBR) 9050, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2006). Também deve ser levada em consideração a necessidade de adequação das instalações elétricas e hidráulicas, da ventilação e luminosidade, do fluxo de usuários e da facilidade na limpeza e desinfecção para a prática de atenção em saúde. Não há um padrão único ou ideal de estrutura física a ser adotado (BRASIL, 2011).

Uma das críticas realizadas sobre a ESF é a falta de preocupação existente com a adequação das estruturas físicas, com a disponibilização de materiais e insumos básicos, com a qualidade do serviço prestado e com o recrutamento de profissionais (OLIVEIRA, 2006).

Atendimento da Demanda Espontânea

Outra ação realizada pela ESF é o atendimento da demanda espontânea, que seria aquela formada por uma clientela que busca o atendimento direto na unidade por conta de alguma intercorrência no dia anterior, ou seja, é o processo que o usuário percorre para serviço de saúde, geralmente, quando não tem consulta médica marcada.

Enfermeira: “... *mas nós temos que atender também a demanda espontânea, que nós não temos também um hospital aqui...*”.

O fato é que o atendimento da demanda espontânea faz parte do processo da atenção primária, porém, o que tem se discutido é que há uma necessidade de um planejamento situacional desta demanda porque o que é percebido é que há pacientes que procuram eventualmente a USF com queixas que demandam um acompanhamento continuado. Santana (2008) propõe duas práticas que são intercambiáveis como estratégias que facilitam esse fluxo de pessoas. A primeira é o acolhimento,

“Vários autores mencionavam que a prática do acolhimento teria potencial para modificar o processo de trabalho, orientar a população no que trata o fluxo de atendimento, identificar as demandas implícitas e explícitas dos usuários, além de garantir a autonomia, o respeito e o vínculo entre o profissional e o cliente. Mais do que isso, experiências exitosas com o acolhimento ressaltavam a melhoria na qualidade dos serviços prestados e harmonia no ambiente de trabalho. Compreendeu-se, portanto, que, por meio do acolhimento, a organização dos serviços, bem como o vínculo e compromisso profissional com a clientela, teriam mais chances de serem bem sucedidos” (SANTANA, 2008 p.170).

A segunda proposta dessa autora é a da utilização do Planejamento Estratégico Situacional:

“o PES é considerado uma ferramenta adequada para o planejamento de ações de saúde. O pressuposto era o de que não bastava identificar os modos de se conduzir a demanda espontânea, mas averiguar se os gerentes das unidades lançavam mão de alguma estratégia (como o planejamento) para garantir a eficácia do processo” (SANTANA, 2008, p. 171).

A autora conclui que “dentre as inúmeras consequências prováveis de não haver um pensamento estratégico que norteie as ações necessárias à organização dos serviços de saúde, a ineficácia no processo de condução da demanda espontânea pode ser uma delas” (SANTANA, 2008 p.178). Assim, muito há que ser discutido para, de fato, haver uma posição formal e eficiente diante desta questão.

Ações Odontológicas

Outra ação desenvolvida na ESF são as odontológicas, tal ênfase foi estabelecida através da portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, onde o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal aos municípios.

Dentista: “... *a gente atende o bebê desde os seis meses, a gente vai orientando, ensina como alimenta, passa flúor... Faço uma palestrinha com as gestantes e tenta trazer antes de nascer os dentes e depois peço para trazer a cada seis meses e se não houver nenhum problema antes, passa o flúor e vai orientando sobre higienização*”.

Essa é a maneira que a profissional de saúde bucal apresenta o seu trabalho no PSF, de acordo com sua fala o trabalho é mais do que apenas restaurar, mas é sim, primordialmente o de orientar as mães e cuidar preventivamente das crianças com consultas agendadas e higienização. Para tanto, o profissional deve identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidos prioritariamente, o que torna necessário conhecer as características do

perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis. As ações de saúde bucal devem se inserir na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde, articuladas com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e com a população e seus órgãos de representação.

Saúde da Mulher

A saúde da mulher também envolve ações por parte da estratégia saúde da família (ESF) e a enfermeira-chefe descreve algumas delas realizadas inclusive através das visitas domiciliares:

Enfermeira: *“Nós temos agendamento de ginecologista, de puerpério... quando uma gestante que não vem no pré-natal, uma puérpera que acabou de chegar, a oriento, já agendo a consulta da puericultura com a ginecologista...”*

Ao destacar o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde de Mulher) como marco na abordagem reprodutiva, Osis (1998) retrata qual ênfase tem permeado a atenção à saúde da mulher:

“a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (Osis, 1998 p.27).

Dentre as ações desenvolvidas na ESF voltadas para a saúde da mulher está o planejamento familiar explicado da seguinte forma:

“o planejamento familiar é conjunto das ações que possibilita ao indivíduo escolher o número de filhos que desejar e no momento que desejar, sendo um direito de cidadania. É preciso que esse direito seja usufruído, pois, mais importante que a condição matrimonial dessas mulheres, é o fato de, uma vez tendo vida sexual ativa, prevenirem gravidezes indesejadas e o de, uma vez grávidas, terem uma gravidez saudável (ARRAIS, GURGEL & MACIEL, 2000, apud ALENCAR, MOREIRA e SOARES, 2001 p.109).

As ações preventivas contra o câncer de mama e do colo do útero também são esperadas da ESF. Há ainda ações implementadas em uma USF que indicam as possibilidades existentes no cuidado integral da mulher e que podem ser também realizadas em outras unidades desde que haja uma equipe preparada para todas essas ações (ALENCAR, MOREIRA e SOARES, 2001).

Programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus

Enfermeira: *“Eles fazem visitas domiciliares, eles fazem acompanhamentos a hipertensos, diabetes...”*

Entre as ações desenvolvidas pelo PSF estão aquelas relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Entre elas destacam-se a hipertensão arterial sistêmica e a

Diabetes Mellitus, devido a alta incidência destas doenças e de suas co-morbidades (COSTA, SILVA e CARVALHO, 2011).

As ações desenvolvidas em atenção básica a hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família envolvem aspectos farmacológicos e não farmacológicos. Entre os não farmacológicos destaca-se os voltados à educação em saúde que busca a conscientização do paciente dos fatores de risco, bem como busca trazer orientações sobre os agravos que podem decorrer das DCNT e proporcionar acompanhamento dos pacientes com a intenção de ter maior adesão ao tratamento.

A ESF através de sua equipe multiprofissional pode realizar os monitoramentos da pressão arterial como da taxa de glicemia, é possível envolver o paciente em programa nutricional e de controle de peso, do tabagismo e incentivar a prática de exercícios físicos. Porém, é preciso destacar que, por ser um programa recente, a ESF está sob constante análise e muitos estudos têm sido realizados sobre as diversas ações e atuações do mesmo, tanto que os mesmos autores acima apresentam estudo realizado em Recife sobre o programa de hipertensão arterial que mostra algumas falhas que ocorrem em relação a esse programa e que exigem que a ESF esteja sendo avaliado e melhorado. Entre os apontamentos feitos pelos autores destacamos o seguinte:

“No que se refere às ações de prevenção, estas são consideradas atividades estratégicas prioritárias do PSF e atribuição de todos os membros que integram a equipe de Saúde da Família. Apesar desse fato, o componente ações preventivas obteve um grau de implantação insatisfatório. Embora todas as ESF realizassem algum tipo de ação educativa, as atividades individuais predominaram em detrimento das atividades coletivas, ocorrendo uma baixa adesão das equipes às ações preventivas destinadas à população em geral. Estes achados estão em conformidade com os estudos de Noronha e Alves e Franco, que demonstraram uma frequência reduzida no desenvolvimento de ações educativas coletivas pelas equipes de Saúde da Família” (COSTA, SILVA e CARVALHO, 2011, p.631).

Com base nas estatísticas atuais (Ministério da Saúde, 2001) de pacientes hipertensos e diabéticos, esse trabalho é entendido como muito relevante e promissor.

Saúde Mental

Dentista: *“Aqui o psicólogo atende junto com a UBS. Mas, eu não sei o que o psicólogo faz. Não sei dizer como funciona”.*

A fala da entrevistada aponta para o fato da mesma desconhecer o papel do psicólogo no programa, talvez, pelo fato de que o psicólogo não faça parte da equipe mínima, porém, podendo ser incluído. A fala da entrevistada traz a necessidade de refletir sobre como é possível fazer promoção e prevenção em saúde de modo integral sem a participação de profissionais da Psicologia:

“No campo da saúde mental, e mais especificamente, com o advento das políticas de saúde mental, é inquietante essa ausência do profissional de psicologia em um programa como o PSF, destinado, justamente, a reorganizar o modelo de assistência à saúde no Brasil. Nossa intenção é trazer para o debate, justamente, a importância do psicólogo na atenção básica à saúde, considerando a necessidade desse profissional nesse núcleo disciplinar para abordar outras formas de se pensar o processo saúde-doença (COSTA e OLIVO, 2009 p.1386).

Médico: *“Aqui na Unidade Básica de saúde temos um psiquiatra periodicamente aqui, uma vez ou duas vezes por mês, então nós já temos um cadastro das pessoas que tem problemas de saúde mental, principalmente psiquiátricos, a maioria esquizofrenia, alguns dependentes químicos, muitos que tiveram hospitalizações em hospitais psiquiátricos e que nós temos um cadastro. Da parte do PSF nós fazemos algumas consultas com essas pessoas para além da saúde mental, a saúde básica e periodicamente marcada, pré-agendado o psiquiatra, ele passa por consulta pelo psiquiatra para adequação da medicação. Então, dentro do PSF também um braço da saúde mental e é feita por nós e temos uma retaguarda de especialista que é o psiquiatra. Isso já começou anteriormente, os pacientes saíam daqui e iam para uma cidade que tinha psiquiatra, agora não, aqui na Unidade Básica de Saúde tem psiquiatra, consulta psiquiátrica mensalmente”.*

O que esse profissional sinaliza é que as ações em saúde mental são primordialmente ações que envolvem a consulta com o psiquiatra na UBS, enquanto a ESF tem ações voltadas para outras áreas da saúde do paciente com transtorno mental. A fala desse profissional da saúde aponta para o fato de que a saúde física recebe uma ênfase maior em detrimento da saúde mental.

Enfermeira: *“... Já aconteceu caso assim é o paciente surtou, o paciente não quer vir na unidade, não quer tomar remédio, já agendamos consultas, fizemos visitas domiciliares para esse tipo de paciente, foi encaminhando pelo psiquiatra, nós acompanhamos a medicação que está tomando, vendo a família como um todo, o suporte psicológico, este tipo de ação que é o básico, a gente faz sim, encaminhamos para internação psiquiátrica, muitas vezes temos dificuldade desse tipo de encaminhamento, não sai as vezes no mesmo dia, o paciente tá lá sedado e muitas vezes eu acredito esse tipo de hospital não dão suporte porque ali fica todo mundo misturado e aí trinta dias você acha que uma pessoa desintoxica com trinta dias? Eu sei que a gente tem que continuar o encaminhamento e dar continuidade do tratamento na unidade, nós fazemos isso nesse tipo de situação”.*

A fala da profissional aponta algumas ações dos profissionais da ESF quando há o caso de um surto psiquiátrico; as ações descritas são as visitas domiciliares, o acompanhamento do uso da medicação prescrita, agendamentos de consultas com psiquiátrica e suporte psicológico à família; essa última ação acreditamos que possa ocorrer no nível do acolhimento desses familiares, pois, uma ação mais contundente exigiria a presença de um psicólogo, caso esse que não é a realidade da unidade pesquisada. A fala da profissional aponta para uma realidade restrita não apenas a essa localidade, mas indica o que há de comum na maioria das ações na ESF em relação à saúde mental, revelando uma discrepância da realidade Brasileira:

“A despeito da Política de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, estimular práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, a lacuna ainda parece ser grande entre o essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta. Ademais, as concepções e práticas em saúde mental por ventura existentes no nível básico de atenção à saúde nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social do portador de transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas” (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007 p.2376).

Os mesmos autores salientam que a ESF deveria ser a porta de entrada para uma mudança paradigmática em relação à saúde mental:

“O PSF, por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de empowement” (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007, p. 2377).

E concluem frisando o que de fato tem acontecido em termos gerais:

“Quanto ao PSF, além da insipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiossincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais. Pode-se supor que um dos principais limitantes dessas ações situa-se ainda na área relativa à clínica da saúde mental” (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007, p. 2377).

Ação Educativa

Por a ESF visar à promoção e prevenção em saúde seria inevitável que a ação educativa através das mais diversas práticas e em todas as áreas da saúde que procura exercer cuidado fosse enfocada. Porém, na unidade em que foram realizadas as entrevistas há preocupação em relação ao desempenho dessas práticas.

Enfermeira: *“É por falta de profissionais. Por exemplo, assim, na verdade deveria ter um médico de manhã, um clínico, sem ser da saúde da família e por conta dele não cumprir o horário não tem como, por exemplo, dar uma palestra na escola, que horário eu vou dar essa palestra? Então, eu tenho que pegar na terça que é o dia de visitas domiciliares, eu tenho que pegar um horário às vezes a noite para palestra ou num horário de consulta que deveria dá atendimento a um paciente. Então, é difícil trabalhar neste sentido da demanda”*.

Alves (2004) propõe uma visão ampliada das ações educativas, propondo um modelo dialógico que norteie todas as práticas que venham a ser implementadas, incluindo a possibilidade de se estabelecer um espaço de troca entre a equipe multiprofissional, a família e o paciente em si. Por isto:

“As particularidades da estratégia do PSF remetem a um modelo de educação em saúde que seria mais coerente com os princípios do SUS incorporados pelo PSF, particularmente o da integralidade. Pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, pelo nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas, busca da qualidade da educação em saúde corresponderia ao modelo mais pertinente para o contexto de atividades do PSF” (ALVES, 2004 p.50).

Educação Física

Enfermeira: *“Eu montei um grupo de prevenção e promoção à saúde de atividade física que nós não tínhamos, então como eu vou mandar o paciente fazer uma atividade física se eu não tenho um educador físico... Eu montei esse programa e nós temos um educador físico, que trabalha o pessoal hipertenso, diabético e aí ficou, engloba de uma maneira*

geral, todos os pacientes sedentários, obeso, pacientes menopausados que a gente indica esse programa”.

O educador físico é um profissional que não faz parte da equipe mínima, mas na USF em questão foi incluído por conta do projeto articulado pela enfermeira-chefe, de acordo com o relato da mesma. Esse profissional foi contratado especificamente para desenvolver as atividades com a ESF:

“O que esperamos das propostas de atividade física junto à estratégia do PSF, não é uma visão disciplinadora dos corpos e da vontade das pessoas. Ao defendermos esta prática, acreditamos que a atividade física pode ser uma forma de emancipação das pessoas, principalmente se ela for uma estratégia que possibilite ajudar na identificação e no atendimento às necessidades das pessoas, e não do mercado” (COUTINHO, 2005, p. 85).

Coutinho (2005) ainda salienta a importância deste profissional na medida em que as práticas de atividades físicas são “(...) comprometidas com os conceitos de cidadania e emancipação” (COUTINHO, 2005 p.76), levando ao enriquecimento do indivíduo como um todo.

Prevenção versus Intervenção

Essa categoria de análise exige que inicialmente relembremos que a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa reorientar o modelo de saúde através da ênfase na família por meio de equipes multidisciplinares, sendo que suas ações devem contemplar a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde da comunidade, tendo isso em mente podemos caminhar para alguns entendimentos necessários e possíveis.

Cabe, portanto, que salientemos que nem sempre aquilo que é idealizado ocorre como esperado, isso porque a implantação de um programa na área da saúde conta com muitas variáveis, a maior delas o próprio ser humano, que é um ser biopsicossocial em processo permanente de construção. Fora essa variável existem outras dentre as quais destacamos o fato de um programa que pretende ter um alcance nacional esbarrará com certeza nas peculiaridades sociais, culturais, financeiras, entre outras de cada localidade.

Assim, ao falarmos sobre a ESF nos aproximamos do mesmo, ciente que tal programa configura-se num avanço político de conceber saúde no Brasil, e entendemos que modelo analisado é resultado de um processo histórico trazido a lume em meio a uma série de percalços, de erros, de acertos, e acima de tudo de reflexões, que são hoje imprescindíveis na formatação de um programa de alto gabarito, ele foi construído no diálogo entre as várias ciências, a destacar as ciências humanas que trazem uma visão do humano como um ser integral, que impacta o seu meio ambiente e é impactado pelo mesmo.

Com essa clareza de pensamento é preciso ser dito que a ESF não pretende ser um programa somente de promoção e prevenção em saúde, mas traz agregado em si também a intervenção, quando aponta para ações de recuperação da saúde está se falando de intervenção, quando se fala de reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, está se falando de intervenção, portanto, é equivocado desprezar os aspectos interventivos do programa, na verdade ao estudarmos as ações desenvolvidas pela ESF percebemos que práticas preventivas e interventivas são intercambiáveis, ações como, por exemplo, realizadas pelo programa de hipertensão e diabetes enfatizam essa articulação entre tais

práticas, isso pode ser visto também em outras ações desenvolvidas pelo mesmo programa.

O que pretendemos através da fala dos profissionais entrevistados é apresentar os conflitos que ocorrem na equação que se dá entre a prevenção e intervenção, pois, a ESF ao acompanhar a família tem a pretensão não apenas de prevenir e intervir, mas prioritariamente de promover saúde, neste sentido, a maneira como se dá a compreensão dos profissionais da equipe de saúde sobre práticas por eles desenvolvidas é fundamental para o sucesso ou fracasso do programa.

Partindo dos pressupostos de Ausubel sobre aprendizagem significativa, entendemos que se fazem necessários partir de alguns entendimentos prévios sobre promoção em saúde e as dimensões que envolvem a prevenção, e assim darmos vez a fala dos entrevistados e termos as impressões corretas.

Para compreender a ESF é preciso que partamos do conceito de promoção em saúde, algo que não é simples, mas, é esse conceito que mostra que houve mudança na forma de se conceber saúde e doença, até porque esse termo revela um olhar amplo sobre a dinâmica da existência humana:

“Define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Educacional refere-se à educação em saúde tal como acima definida. Ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde. Utiliza-se aqui para fazer referência àquelas forças da dinâmica social, que incidem sobre uma situação específica e que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população. Dizem respeito àqueles fatores ambientais que também precisam ser considerados no planejamento de atividades de promoção em saúde” (CANDEIAS, 1997 p.210).

A citação abaixo complementa e explica a amplitude do conceito de promoção em saúde e nos permite salientar quais são as ações norteadas por este enfoque que devem ser priorizadas pela ESF:

“A expressão condições de vida permite que a definição de promoção em saúde ultrapasse os limites daqueles fatores estritamente comportamentais, observáveis em geral durante o relacionamento interpessoal que ocorre no âmbito do nível local, para prender-se a uma teia de interações muito mais complexa, constituída pela cultura, por normas e pelo ambiente socioeconômico, cada um deles se associando com o significado histórico mais amplo do que se convencionou denominar de estilo de vida” (CANDEIAS, 1997 p.210).

Dentista: “... *Acho que é um programa importante. É importante no saneamento básico, elas entram nos quintais.*”

Médico: “... *e isso é importante também no agente de saúde pra saber como está a higienização dessa família, como está a parte de saneamento básico, como está a parte social dessa família, se eles estão tendo alimentação adequada ou não, e tudo isso chega ao nosso saber pra gente ter uma noção de como pode acionar a assistente social para estar prevenindo isso, fazendo um trabalho sempre preventivo...*”

As falas acima estão diretamente ligadas com a nova concepção de promover saúde, o foco não é prevenir a doença, o foco é a pessoa humana, o alvo é permitir a essa pessoa condições que lhe possibilitem uma qualidade de vida, portanto, a promoção em saúde busca uma articulação socioeconômica e política que favoreça uma condição de vida da população de modo geral, já que a ESF busca uma atenção à família sem restringir-se a uma classe social específica. O médico quando menciona o trabalho preventivo na verdade esta relatando práticas que tem haver com promoção a saúde, pois, a ênfase vai além da doença, pensa no ambiente global que o indivíduo está inserido.

Buss (2000) menciona a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991, onde quatro aspectos para formação de um ambiente favorável e promotor de saúde foram sublinhados. São eles:

1. A dimensão social, que inclui a maneira pela qual as normas, costumes e processos sociais afetam a saúde, alertando para as mudanças que estão ocorrendo nas relações sociais tradicionais e que podem ameaçar a saúde, como o crescente isolamento social e a perda de valores tradicionais e da herança cultural em muitas sociedades;
2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades;
3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para setores sociais, incluindo a saúde e o desenvolvimento sustentável;
4. A utilização da capacidade e conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico (BUSS, 2000 p.171).

A ESF trabalha com a promoção em saúde e o que foi exposto é suficiente para a compreensão de sua amplitude, mas, na sequência, a proposta é que o referido programa atue na prevenção. Surge diante de nós a dificuldade de distinguir os conceitos promoção em saúde e prevenção, principalmente por conta da prevenção primária:

“Nesse sentido é possível diferenciar-se os conceitos de prevenção e PS, considerando que a prevenção é definida por ações direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, através do controle de transmissão e redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Em contrapartida, a promoção tem um conceito mais amplo, que enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho, por mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na construção e operacionalização das práticas de saúde, visando aumentar a saúde e o bem-estar gerais, não relacionados com alguma doença específica. Ou seja, fazer a PS é permitir-se a um permanente e contínuo processo de reflexão sobre a articulação e coerência, entre a produção discursiva e a práxis, por meio de uma postura crítica e positiva para viver e mudar posturas e ações (CESTARI e ZAGO, 2005 p.219).

A prevenção envolve basicamente três níveis em saúde: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. A prevenção primária envolve ações diretas para que se evite a ocorrência da doença. Perceba como isso se dá na experiência dos relatos de nossos entrevistados:

Dentista: *“Tem a parte preventiva, a gente atende o bebê desde os seis meses, a agente vai orientando, ensina como alimenta, passa flúor”*.

Enfermeira: *“... apesar de que a estratégia saúde da família tem que fazer puericultura, pré-natal, quem acaba fazendo é a médica e eu faço como enfermeira também... o preventivo, eu acabo colhendo...”*.

Médico: *“Não, é mais preventivo! Eu não comentei, mas tem um dia da semana no qual nós fazemos a visita domiciliar...”*.

O que esses profissionais descrevem são ações da prevenção primária, os cuidados com a saúde da mulher através da prevenção ao câncer do colo do útero, os cuidados com a gestante, os cuidados com a saúde da criança, não apenas bucal, mas de modo geral, as visitas domiciliares realizadas pelo médico junto da enfermeira, são todas ações que permitem abordar a família em ações que evitem o adoecimento:

“A prevenção primária tem o objetivo final, evitar a doença, ela trabalha para garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, constituindo ações destinadas ao desenvolvimento da saúde e bem-estar gerais no período de pré-patogênese. Ao nível da prevenção primária procura-se prevenir a morbidade, através da diminuição dos fatores de risco ou do aumento dos fatores de proteção” (DIAS et al. 2004 p.464).

A prevenção secundária, por sua vez, diz respeito à prevenção da evolução da doença. Neste caso, a pessoa já está sob a ação do agente patogênico:

“A prevenção secundária corresponde à detecção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos para a situação em estudo. Neste contexto, são aplicadas medidas apropriadas, visando ao rápido restabelecimento da saúde, buscando interromper a evolução da situação, com cura e/ou redução das consequências mais importantes da doença. Este nível de prevenção pressupõe o conhecimento da história natural da doença, a existência de um período de detecção precoce suficientemente longo (período pré-clínico ou assintomático) e facilmente detectável, e que seja passível de tratamento que interrompa a evolução da doença para estádios mais avançados. Assim, espera-se uma diminuição da prevalência da doença, essencialmente pela diminuição de sua duração” (CORDEIRO et al. 2010 p.42).

Os autores completam afirmando:

“Na prevenção secundária é necessário realizar ações para a obtenção de um diagnóstico precoce, que pode ser conseguido por meio de inquéritos, levantamento de casos na comunidade, exames periódicos individuais que favorecem a detecção precoce de casos, isolamento para evitar a propagação de doenças infectocontagiosas, bem como o tratamento para evitar a progressão da doença. Além disso, a maior parte da prevenção secundária é realizada em âmbito clínico” (CORDEIRO et al. 2010 p.42).

A proposta é que a doença não se torna crônica, mas seu processo patogênico cesse. Quando falamos de prevenção versus intervenção, não estamos falando necessariamente de uma oposição; na prevenção dita secundária há intervenção clínica, uso de medicação, porém, com objetivo de romper com o ciclo da doença, o que há, portanto, é o conjunto de ações que permitam o restabelecimento da saúde. Abaixo destacamos a fala da enfermeira que explica como se dão os encaminhamentos; pela observação mesmo que superficial é possível visualizar a prevenção secundária em ação, pois, se há um diagnóstico prévio e encaminha-se ao especialista tem se a possibilidade de resolver a situação.

Enfermeira: *“Elas passam pelo médico, o médico avalia e vê se há necessidade de encaminhamento, se for o caso para ser resolvido é resolvido, se for caso de encaminhar é feito o encaminhamento. E aí a gente vai pelas prioridades, é levado para o agendamento, já no agendamento ele vê que normalmente quando é uma urgência, quando é para priorizar, o médico me chama ou chama a outra enfermeira quando eu*

não to lá e fala, oh aqui é urgência. Aí a gente vê as prioridades, quando não é urgência entra fica na demanda normal da unidade, se o paciente vem reclamar que tá com dor ou não resolveu, a gente sempre dá um jeitinho também de ser encaminhado mais rápido, aí é feito o agendamento e o agente comunitário leva até o paciente, com o dia, o horário, o horário da saída da ambulância, tudo certinho...”

Por sua vez, a prevenção terciária é concebida pelo prisma da reabilitação, no caso o paciente terá que conviver com certas limitações imposta pelo agente patogênico, mas a proposta deste tipo de prevenção é impedir o agravamento do quadro crônico instalado:

“A prevenção terciária refere-se às atividades clínicas que previnem a deterioração adicional ou reduzem as complicações após o estabelecimento da doença. Os domínios da prevenção terciária fundem-se com os domínios da medicina. No entanto, uma prevenção terciária conduzida adequadamente vai além de tratar os problemas apresentados pelos pacientes. Por exemplo, em pacientes diabéticos, a prevenção terciária exige, além do controle adequado dos níveis glicêmicos, exames oftalmológicos regulares para detecção de retinopatia diabética, educação para os cuidados usuais com os pés, devido ao risco de desenvolverem feridas difíceis de serem curadas, a investigação e tratamento de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares que podem ocasionar complicações, monitoramento das proteínas urinárias para a introdução de medidas terapêuticas que previnam a instalação de insuficiência renal como complicação do diabetes” (CORDEIRO et. al. 2010 p.44).

Enfermeira: “... Para isso mesmo, para mudar a visão do paciente, que é médico e remédio e nós não queremos isso. Que nem essa avaliação de risco que a gente faz com os pacientes é para isso, para ele não chegar aqui na unidade hipertenso ou até mesmo com uma sequela, que tenha um AVC ou alguma coisa do tipo. Então nós temos que prevenir...”

Portanto, quando se fala da ESF não está se falando de ausência de intervenção, a prevenção terciária é um exemplo claro disso; a intervenção clínica impera nessa modalidade, mas, o que se frisa é um conjunto de ações, e não uma visão reducionista da intervenção curativa que está calcada no modelo biomédico e hospitalocêntrico. Assim, essa análise também impõe que compreendamos que na ESF há pela proposta em si, um ordenamento hierárquico das prioridades, portanto, promoção de saúde e prevenção, rompendo como o modelo biomédico e hospitalocêntrico fundamentado na medicalização, nas internações, com uma visão reduzida à doença. Logo, não podemos nos contentar com a redução de danos, cada vez mais ações de promoção em saúde e de prevenção primária precisam ganhar corpo em nosso país, criando-se uma cultura voltada à saúde.

Dentista: “... A maior parte, porém, acaba sendo interventiva/curativa...”

A profissional transmite a percepção que tem do trabalho realizado na ESF local, sendo este ainda voltado ao modelo em que impera no sistema, até porque romper com isso não é algo fácil. A profissional que citaremos a seguir fala sobre saúde mental, manifestando o quanto ainda o sistema hegemônico biomédico domina o ideário do sistema de saúde, o que mostra que romper com tais imperativos exige um esforço conjugado de todos os profissionais e das políticas de governo.

Enfermeira: *“Na verdade, na verdade eu acho que há um pouco de falha, acho não, é totalmente falha. Eu acho que tantos os PSF como as unidades básicas não são preparados para atender pacientes psiquiátricos, pacientes usuários de drogas, nós temos essa falha e despreparo (...)eu acho que falta a prevenção e promoção sim (...). Já aconteceu caso assim, o paciente surtou, o paciente não quer vir a unidade, não quer tomar remédio, já agendamos consultas, fizemos visitas domiciliares para esse tipo de paciente, foi encaminhado pelo psiquiatra, nós acompanhamos a medicação que está tomando, vendo a família como um todo, o suporte psicológico, este tipo de situação que é básico, a gente já faz sim, encaminhamos para internação psiquiátrica...”*

A profissional diz que fazem o básico, sendo que o que é mencionado como básico, entre outras coisas, inclui a internação psiquiátrica, o que revela que um programa como o da ESF convive em conflito não apenas com a saúde mental, mas em outras áreas também, já que o básico abarca também muita medicação.

Na sequência, após o entrevistador apontar que as ações descritas pela profissional eram de ordem interventivas/curativas, ela reconhece e faz apontamentos importantes:

Enfermeira: *“Não é realizada. Há uma grande falha, na verdade a gente trabalha com atenção secundária, que o psicólogo entra na atenção secundária, na verdade a gente deveria ter feito na atenção primária e muitas vezes a gente não para pra pensar. A gente chega e diz para o paciente você é diabético e a partir de hoje você vai ter que tomar medicação, que você não pode fazer isso, que você tem fazer exercício físico, você vai ter que passar na nutricionista, então a gente impõe muito e não procura saber o que o paciente está sentindo, o que aconteceu qual foi a reação do paciente, na verdade o paciente vai ficar perdido, é muita informação para ele, a gente tá podendo muita coisa para ele. Será que a gente soube explicar? Será que não é melhor ouvir o paciente que tá sentindo, a parte do psicológico, vai ser uma mudança na vida dele. Muitas vezes a gente não faz isso daí. É falho!”*

De certo modo é possível compreender porque tem sido tão difícil romper com essa dinâmica de intervenção curativa. Em pesquisa realizada por Oliveira e Albuquerque (2008) sobre as crenças dos profissionais de saúde sobre a ESF uma das categorias de análise referia às condições de trabalho. Elas destacam:

“A segunda classe temática, que se refere à Gestão do PSF, foi apontada por 100% dos profissionais da ESF. Este eixo temático norteia a discussão expressa em grande parte pelos aspectos negativos percebidos pelos profissionais no trabalho em PSF, principalmente no que se refere às condições de trabalho, ao sistema de referência e às capacitações profissionais” (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008 p.243).

É importante seguir o pensamento das autoras:

“É este paradoxo entre, por um lado, os ideais expressos nos princípios do SUS, e por outro, a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde que regem as crenças dos profissionais que trabalham neste setor acerca da satisfação/insatisfação com o trabalho em PSF. Estas crenças são direcionadas, conseqüentemente, para os gestores de saúde. Os gestores de saúde são vistos pela equipe do PSF entrevistada como provedores de suas condições de trabalho sendo, desta forma, suas percepções acerca dos gestores baseadas nos aspectos operacionais deste trabalho” (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008 p.243).

Muito embora não haja uma reclamação direta contra os gestores na unidade pesquisada, houve um apontamento na mudança das condições do trabalho, e quando falamos sobre domínio das intervenções no sistema, isso é algo que não pode ser desprezado.

Podemos, afirmar que há uma interferência direta em se cumprir o ordenamento da ESF se não houverem as condições adequadas para que isso aconteça. A mesma profissional vai falar que o fator que mais influencia o desempenho efetivo da ESF é a falta de profissionais.

Enfermeira: *“Eu acho que é a falta de profissionais mesmo, porque a gente tá sem profissional tem três profissionais, uma está afastada por motivo de doença, a outra voltou essa semana, a outra está de férias, a outra está se aposentando, então é mais por falta de profissional mesmo...”*.

Oliveira e Albuquerque (2008) confirmam que a falta de profissionais é algo comum na ESF, salientando também, a falta de capacitação dos profissionais:

“Uma outra questão apontada como responsabilidade da gestão do PSF foi a insuficiência de recursos humanos com perfil de PSF que impulsionou os gestores a contratarem profissionais que necessitavam ser capacitados para trabalhar no PSF. Entretanto, os profissionais entrevistados relataram que nem todos os componentes da ESF tiveram qualquer tipo de capacitação, nem mesmo o curso introdutório do PSF” (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008 p.243).

Esses fatores que estão sendo mencionados indicam o porquê se ainda perpetua, apesar da política de saúde vigente, o modelo de intervenção focado na doença, no médico e nas internações. Há ainda um fator que é preciso citar como contribuinte para que ocorra essa dificuldade de romper como o modelo hegemônico ainda vigente, esse fator refere-se à própria população.

Enfermeira: *“... Nós estamos tentando mudar essa visão, mas é difícil. É muito difícil. Como eu vou tirar o médico, o doutor, e eu vou dar uma palestra na escola. O paciente não quer nem saber, eu quero médico, eu quero remédio, eles tem essa visão, mas nós estamos tentando reeducar”*.

Uma vez mais nos valemos da pesquisa de Oliveira e Albuquerque (2008) para comprovar que é fator imprescindível à conscientização da população para a implementação completa da política de promoção e prevenção a saúde, pois, não podemos ficar à mercê de um sistema que não contemple o ser humano em sua integralidade:

“Ressalta-se, portanto, que os profissionais destacam o atendimento pautado nos ideais preventivos e promocionais do PSF; contudo, os usuários são orientados pela lógica da necessidade. Este conflito de interesses entre profissionais e usuários levou a resistência de determinados grupos populares que não aceitaram a proposta, reagindo de forma negativa às estratégias de educação preventiva desenvolvidas pelos profissionais da ESF. Essa resistência é, na maioria das vezes, resultante de uma realidade social de extrema precariedade que encontra no PSF única alternativa de acesso aos serviços de atenção básica à saúde” (OLIVEIRA e ALBUQUERQUE, 2008 p.244).

Finalizando essa análise, é importante ressaltar que os profissionais da ESF tem clareza que o objetivo será plenamente alcançado caso haja investimento em educação em saúde, é isso que promoverá a total reorientação do modelo de saúde.

Enfermeira: *“Palestra educativa, educação em saúde mesmo em geral. Palestras educativas nas escolas, na comunidade, nas entidades, que nem a gente já faz as avaliações, visitas domiciliares, os agentes comunitários, busca de pacientes muitas vezes que não vem à unidade, a gente busca para realização de exames, prevenções, saúde do homem e da mulher, preventivo. A gente traz uma vez um ônibus para prevenção contra o câncer, que é onde realiza o preventivo, pois o paciente diz não gosta da médica, que não sei o que, eu não quero fazer com ela, então é uma forma de tá prevenindo. Semana do hipertenso, semana do diabetes, semana da hanseníase, busca ativa de paciente com, a promoção em saúde vírus de HIV, a promoção através do educador físico, das atividades físicas.*

Portanto, espera-se que a Estratégia Saúde da Família esteja num contínuo aprimoramento e cada vez mais as ações promotoras em saúde venham ocupando o lugar que se espera que as mesmas ocupem, no qual o modelo biomédico não seja mais dominante, para que assim, possamos ter uma população saudável, o que ainda não é realidade, porém, ressalvamos a significativa melhora, e entendemos que tal programa faz parte desse processo de mudança, sendo um grande marco rumo a isso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou o quão abrangente é a Estratégia Saúde da Família, sendo um campo para inúmeras pesquisas, pois, além de ser uma proposta nova, é também implantada em um país continental marcado por suas nuances culturais, sociais, políticas e econômicas: a variabilidade que isso representa é incalculável. Por conta desses fatores, exigem-se análises perspicazes sobre essa estratégia que visem reorientar o modelo de saúde em nosso país. Muitas pesquisas já têm sido feitas e de modos diversos têm trazido contribuições que esperamos que sejam utilizadas no repensar contínuo não apenas das práticas, mas de tudo que compõem os postulados teóricos que fundamentam o programa.

Quanto a presente pesquisa, esperamos que a mesma seja um estímulo a outros no estudo da saúde coletiva, buscando não apenas compreender o emaranhado que a envolve, mas fazer parte de um grupo de pessoas que esteja com disposição de contribuir para que a população de um modo geral possa ser tratada em sua integralidade e com a dignidade que o fato de sermos humanos impõe.

Esperamos ainda ter a oportunidade de ampliar tal pesquisa e buscar contribuir para que a saúde mental seja percebida de fato como integrante real de uma vida saudável, assim, articulando maneiras possíveis de no contexto coletivo da saúde pública buscar ações que promovam saúde mental. Pesquisar o que tem sido feito, o que ainda pode ser feito e discutir os entraves que podem atrapalhar que isso aconteça. O que temos diante de nós não pretende ser nada novo, mas sim é resultado de uma aproximação primária do complexo sistema de saúde de nosso país. Logo, a partir de tal base acreditamos que muito pode ser construído.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, G.M.M.C.; MOREIRA, T.M.M.; SOARES, E. Programa Saúde da Família: revendo ações desenvolvidas no atendimento à saúde da mulher. *Revista RENE*, v.2, n.2, p.107-112, 2001.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v. 9, n.16, p.39-52, 2005.

AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. Campinas (SP), 1975. 197p. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>. Acessado em: 01/04/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudedafamilia>>. Acesso em: 06/06/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf - Acessado em: 06/06/ 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde / conselho nacional de secretários de saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf - Acessado: 06/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus*. Brasília: Secretária de Políticas de Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acessado: 06/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n.2, p.209-213, 1997.

CESTARI, M. E. W.; ZAGO, M. M. F. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.58, n.2, p.218-221, 2005.

COUTINHO, S. S. *Atividade física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil*. [Dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), 2005. 141p.

CORDEIRO, Q. et al. Prevenção em Saúde Mental. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, v. 7, n. 7, p.38-53, 2010.

COSTA, D. F. C.; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, suppl.1, p.1385-1394, 2009.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.2, p.623-633, 2011.

DIAS, M. R. et al. Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia. *Análise Psicológica*, v.22, n.3, p.463-473, 2004.

FURTADO, Mariana Augusto. *Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia*. UFRJ, 2010, Rio de Janeiro/RJ. Disponível em: www.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/pos_eicos/arqanexos/arqteses/mariamafurtado.pdf
Acesso em: 01/04/2013.

GOMES, K. O. et. al. Atenção primária à saúde – a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, suppl.1, p.881-892,2011.

INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. *Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde*. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.44-57, 2004.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Caderno de Saúde Pública*, v.23, n.10, p.2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, S. F. *Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida*. João Pessoa, 2006. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/ppgp/images/pdf/dissertacoes/suenny_2006.pdf - Acessado: 01/04/2013.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade*, v.20, n.2, p.237-246, 2008.

OSIS, M.J.D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, Supl. 1, p.25-32, 1998.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, v.12, n.4, p.658-664, 2004.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.

SANTANA, M.L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. [Mestrado]. Universidade de Taubaté, 2008. 208p.

TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Revista Sociedade em Debate*, v.15, n.1, p.165-178, 2009.