

**CRISTIANE APARECIDA OLIVEIRA JÓIA**

**DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Campos Gerais**

**MG/2011**

**CRISTIANE APARECIDA OLIVEIRA JÓIA**

**DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. João Paulo Aché de Freitas Filho

**Campos Gerais/MG  
2011**

**CRISTIANE APARECIDA OLIVEIRA JÓIA**

**DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. João Paulo Aché de Freitas Filho

Banca Examinadora

Prof. João Paulo Aché de Freitas Filho, orientador  
Prof. Maria José Cabral Grillo

Aprovada em Belo Horizonte 05/11/2011

Dedico este trabalho a Deus por tudo que me proporciona na vida, a minha filha Maria Luiza que é minha estrela guia, ao meu marido Fábio, pelo carinho, compreensão e companheirismo e aos meus pais os quais amo muito, pelo exemplo de vida e família.

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a UFMG pelo apoio a especialização e ao desenvolvimento deste trabalho.

A Tutora Lucimari Romana, que me abriu vários horizontes durante essa caminhada.

Ao professor e orientador João Paulo Aché de Freitas Filho, que me orientou no desenvolvimento deste trabalho o meu muito obrigado pela dedicação e ajuda por esses meses de trabalho juntos e também pela sua compreensão e profissionalismo.

Um agradecimento especial aos meus colegas de trabalho, que me ajudaram na experiência real em nosso dia a dia de trabalho.

Agradeço mais uma vez a razão da minha vida, minha filha Maria Luiza, pela abnegação do tempo que deveria passar com ela.

Ao meu marido por todos esses anos de muito carinho, amizade, companheirismo e felicidade. Obrigado por tudo meu amor.

A meus pais por serem amigos, companheiros e acima de tudo minha família, vocês são tudo na minha vida.

E finalmente agradeço a todos que me ajudaram direta ou indiretamente para o desenvolvimento deste trabalho.

O meu muito obrigada a todos.

“Para a saúde da mente e do corpo, os homens deveriam enxergar com seus próprios olhos, falar sem megafone, caminhar sob os próprios pés em vez de andar sobre rodas, trabalhar e lutar com seus próprios braços, sem artefactos ou máquinas.”

JOHN RUSKIN

## RESUMO

A Saúde da Família é apresentada como a principal estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica em saúde no Brasil. Sua expansão é evidente no dia a dia, sendo implantada em quase todos os municípios brasileiros. No entanto, são complexos os desafios que precisam ser superados no processo de mudança do paradigma que orienta o modelo curativo de atenção em saúde ainda hegemônico, resgatando ações de prevenção e promoção da saúde. O presente trabalho tem como objetivo identificar os principais avanços do programa Saúde da Família, levando em consideração as formas de contribuição da população às ações de saúde desenvolvidas pela equipe de SF. A pesquisa consiste numa revisão narrativa, que é desenvolvida mediante material já elaborado por outros autores, constituído principalmente de artigos científicos e livros. O critério de seleção dos artigos foi, unicamente, ao fato de contemplarem o tema em estudo. Pelo critério explicitado, foram selecionados doze livros, quatorze artigos científicos e sete documentos oficiais. Como resultado percebe-se que a realização das visitas domiciliares é apontada como importante conquista para a população, possibilitando maior aproximação com os profissionais e criação de vínculo. O potencial de humanização do acolhimento é outro aspecto importante. A relação de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e a alta rotatividade de profissionais nas equipes são apontadas como obstáculos. Em geral, os autores apontam que é necessário um planejamento mais eficaz, com foco na análise dos problemas de saúde identificados pelas famílias, e como estas lidam com os mesmos, abrindo espaço para a resolução destes problemas, em uma dimensão que vai além do simples mapeamento realizado pelas equipes. Para que tudo isso ocorra é preciso pensar um processo de melhor preparo e capacitação das equipes, trazendo para a comunidade mais qualificação no atendimento e no acompanhamento. Sendo assim, conclui-se que a formação de recursos humanos com competência para o atendimento em saúde consiste em firmar compromissos entre educação e saúde, com atitudes estratégicas, fundamentais e complementares, para se atingir tal objetivo, o que não consiste em tarefa simples, mas necessária, na busca por um perfil profissional adequado, para atuar na assistência da atenção básica de saúde.

**Palavras chaves:** Atenção básica, Atenção Primária, Promoção da saúde.

## ABSTRACT

The Family Health is presented as the main strategy of the Ministry of Health for the reorganization of primary health care in Brazil. Its expansion is evident in everyday life, being established in almost all municipalities. However, there are complex challenges that must be overcome in the process of changing the paradigm that guides the curative model of health care still hegemonic, rescuing prevention and health promotion. This study aims to identify the main achievements of the Family Health program, taking into account the forms of contributions of population health activities developed by the team of SF. The survey consists of a narrative review, which is developed by material already developed by other authors, consisting mainly of scientific articles and books. The criterion for selection of articles is solely due to the fact contemplate the present study. By explicit criteria, were selected being twelve books, fourteen scientific articles and seven official documents. As a result perceives that the realization of home visits is identified as an important achievement for the population, allowing for closer ties with professionals and bonding. The potential for humanization of care is another important aspect. The working relationship of the Community Health Agents, and high turnover in staff are cited as obstacles. In general, the authors point out that you need a more effective planning, focusing on analysis of the health problems identified by families and how they deal with them, making room for the resolution of these problems in a dimension that goes beyond simple mapping done by the teams. For all this to happen we need to think a better process of preparation and training of teams, bringing to the community more qualifications in the service and monitoring. Therefore, we conclude that the formation of competent human resources for health care is to make compromises between education and health, with attitudes strategic, fundamental and complementary to achieve this goal, which does not consist of simple task but necessary in the search for an appropriate professional profile, to act in support of primary health care.

**Keywords:** Primary Health Care, Primary Prevention, Promotion Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>15</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Em meados da década de 70, no apogeu da ditadura militar, podíamos encontrar no país um cenário no qual se destacava um poderoso complexo médico-industrial, construído com recursos públicos, proveniente do Ministério da Previdência e Assistência Social – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e, depois, entregue à empresários da iniciativa privada. Neste contexto, prevalecia o modelo centrado na figura do médico, onde todo o processo de trabalho acontecia no hospital e a doença era caracterizada apenas como um fenômeno estritamente biológico. Críticos desta situação apontavam a necessidade de um novo modelo de assistência considerando, entre outros motivos, que o modelo tecnicista já não atendia mais as emergências do mundo moderno (DA ROS, 2006).

Nos dias de hoje, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pode ser considerada como uma estratégia de reorganização da atenção primária; passa a denominar-se estratégia exatamente por não prever um cronograma para a conclusão das tarefas (BRASIL, 2006) e, também, para demarcar a diferença em relação aos tradicionais programas verticais, centralizados no governo federal.

A proposta tem como principal foco a saúde da família e o fato da equipe ter um território de abrangência definido permite o desenvolvimento de ações focalizadas na saúde e dirigidas às famílias e ao seu meio ambiente. A intersectorialidade, que constitui a ligação com outros setores que também determinam a saúde, também passou a ser um importante princípio a ser seguido (MENDES, 1996 apud MERHY; FRANCO, 2003).

Segundo Pinheiro e Luz (2003) o PSF foi constituído com o intuito de construir um sistema de saúde democrático, universal, igualitário e integral, no contexto de um processo social e político, formulado enquanto política pública da área de saúde, com conseqüente interferência no cotidiano dos serviços de saúde. Diante disso tudo, as políticas de saúde se materializam mediante ações de atores sociais e suas práticas no cotidiano desses serviços, o que tem sido o caminho para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde; tem possibilitado, também, a produção de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas práticas de saúde, como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Outro foco da ESF são os Cuidados Primários em Saúde, que corresponde à solução oferecida através de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e de cobertura

mais abrangente, tendo como discurso a incorporação das massas desassistidas e a participação popular (SILVA JR., 1998 apud MERHY; FRANCO, 2003).

A saúde é o completo bem-estar físico, mental, social e não simplesmente a ausência de doenças. Conseqüentemente, para ter saúde é necessário acesso ao emprego, religião, moradia, segurança, lazer, educação, cultura, sexo seguro, transporte, alimentação, e assim por diante, o que foi inscrito em nossa Constituição Federal. Assim, os profissionais de saúde devem humanizar a assistência reconhecendo as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; cada pessoa e cada família devem ser respeitadas em sua singularidade, considerando suas necessidades específicas, sua história particular, seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia (GOMES, 2003).

Como dito anteriormente, o processo de trabalho na ESF é desenvolvido por equipes compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou mais agentes comunitários de saúde, dependendo do território e do município. No que diz respeito às funções, pode-se distribuí-las em acolhimento, visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório, realizada pelos membros da equipe, conforme as competências do profissional e portarias ministeriais específicas.

As visitas domiciliares são compulsórias e apresentadas como um importante passo para a mudança do modelo de assistência, pois traduz a idéia de que a intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população, prevenindo assim maiores agravos à saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Toda a proposta ainda gera polêmica e nas discussões aparecem argumentos que vão desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas nas unidades de saúde da família. Porém, para acompanhar este debate é preciso compreender o que traduz esse modelo assistencial e o que implica sua aplicação.

Paim (2003) cita que o modelo de atenção ou modelo assistencial nada mais é que uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Enfim, uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação. Portanto, com a implantação do PSF o Ministério da Saúde teve como intuito propor uma forma de reorganização da produção de cuidados de saúde na atenção básica, trazendo um novo modo de fazer saúde. O principal objetivo dessa estratégia era reorganizar a prática assistencial de saúde sob novas bases e critérios, substituindo o tradicional modelo de assistência, que era orientado para a cura de doenças e centrado no

hospital. Sem dúvida, essa nova estratégia exige dos profissionais de saúde uma compreensão mais ampla no processo saúde-doença, além de modos de intervenção que vão além da prática curativa (MERHY; FRANCO, 2003).

Nesse panorama, buscam-se novas formas de intervenção no trabalho dos profissionais envolvidos com a ESF, envolvendo novas possibilidades e alternativas, cada vez mais eficazes, para o tratamento e promoção da saúde na comunidade. As diferentes realidades exigem a construção de diferentes metodologias, pressupondo mudanças e movimentos, em uma tentativa de capturar a processualidade da produção do conhecimento e da elaboração de intervenções, que não podem ocorrer separadas do próprio estilo de vida, sob pena de não serem reconhecidas ou valorizadas, ou seja, de não contar com a adesão dos usuários (ROMAGNOLI, 2009).

Toda proposta de mudança gera resistências, principalmente se for em uma área tão sensível como a área da saúde, com condicionantes e determinantes sócio-culturalmente estabelecidos e com tantos interesses econômicos em jogo. Por isso, este trabalho tem como objetivo identificar, através de uma revisão narrativa, os desafios que a ESF enfrenta na busca da adesão dos usuários do SUS em seus territórios, de forma que a proposta seja bem aceita pela população atendida, assim como para que alcancem bons resultados, inclusive em quesitos que versem sobre qualidade e sobre a ocorrência desta adesão.

## **2. OBJETIVOS**

Identificar avanços, obstáculos e desafios para a consolidação do Sistema Único da Saúde tendo como referência a Estratégia de Saúde da Família.

### 3. METODOLOGIA

Este trabalho consiste numa Revisão Narrativa, que é desenvolvida mediante material já elaborado por outros autores, constituído principalmente de artigos científicos e livros.

De forma bem simples, podemos dizer que a revisão narrativa é apenas uma avaliação, não sistematizada, de algumas publicações sobre o tema escolhido, podendo incluir artigos, livros, dissertações, teses e publicações leigas. Somos conscientes que esta modalidade apresenta um grave viés de seleção, uma vez que o autor não utiliza de nenhum método ou critério para incluir ou excluir as publicações em sua análise (TAVARES, 2010). O critério de seleção dos artigos se refere, unicamente, ao fato de identificarmos que contemplam relevantes contribuições e reflexões sobre o tema em estudo.

Pelo critério explicitado, foram selecionados 31 títulos sendo 13 (41,94%) livros, 12 (38,71%) artigos científicos e 05 (16,12%) documentos do Ministério da Saúde (leis e diretrizes) e 01 (3,23%) Dicionário Aurélio.

Foram pesquisados, também, livros de autores que trazem estudos sobre a realidade do sistema público de saúde no Brasil, além de pesquisas que apontaram para a necessidade de uma profunda reforma no Sistema Único de Saúde e em seus reflexos no viver dos cidadãos brasileiros. Vale ainda salientar que alguns dos artigos e livros estudados abordam o direito à saúde, incluindo também as leis de diretrizes e bases da saúde brasileira.

## 4. RESULTADOS

A busca por bibliografia sobre o tema selecionou documentos do Ministério da Saúde, que consistem em leis, diretrizes e, também, guias práticos para organização do SUS, em especial a Atenção Básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família. Os demais documentos são artigos que relatam os resultados de pesquisas realizadas em regiões e populações bem definidas, demonstrando como essa população se comporta frente à questão da adesão à ESF. Invariavelmente, trazem discussões sobre temas como adesão, acolhimento, vínculo, assim como sobre o trabalho do profissional de saúde diante de todos esses desafios. Dentre as publicações selecionadas, 68% abordam questões referente a adesão, acolhimento e do trabalho executado na ESF.

Vale destacar que, em algumas publicações, há relatos de que as atenções da equipe bem como a realização das visitas domiciliares constituíram marcos de importante conquista para a população, como garantia de direitos à um tratamento e à um diagnóstico mais universal e integral. Já para outros usuários, alguns problemas ainda persistem, como a assistência profissional que muitas vezes não é avaliada, demonstrando não haver um comprometimento dos profissionais com a qualidade das ações. Outra questão importante é a falha na comunicação entre usuários e profissionais, principalmente quando são demandados níveis de atenção diferenciados. A relação de trabalho dos funcionários, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e a alta rotatividade destes profissionais ficaram evidenciadas como preocupações dos autores nas publicações selecionadas.

Outros artigos tratam também das relações entre usuários e trabalhadores da ESF, assim como a integralidade do atendimento, e de como isso vem mudando com o passar do tempo, assim como a nova visão ampliada sobre a saúde dos seres humanos, envolvendo também os determinantes sociais e psicológicos.

Em geral, os autores apontam que é necessário um planejamento mais eficaz da ESF, levando também em consideração a análise dos problemas de saúde identificados pelas famílias, e como estas lidam com os mesmos, abrindo assim espaço para a resolução destes problemas, em uma dimensão que vai além do simples mapeamento realizado pelas equipes. Para que tudo isso ocorra é preciso pensar um processo de melhor preparo e capacitação das equipes, trazendo para a comunidade mais qualificação no atendimento e no acompanhamento.

## 5. DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde pensou o ESF como uma estratégia, que busca o atendimento do indivíduo e da sua família, o que deve ocorrer de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O principal objetivo desse desenvolvimento é a reorganização da prática assistencial que, ainda centrada no hospital, passa a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997).

Sendo assim, a ESF pode ser referida a um modelo de atenção que busca o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, que passa a ser expresso na melhoria das condições de vida, principalmente no que diz respeito à área de saúde, o que deve ser traduzido em serviços mais resolutivos, integrais e, principalmente, humanizados (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1997).

De uma forma geral, a ESF contribui para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, indo ao encontro dos princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Em especial, no Brasil, a atenção primária, desenvolvida na atenção básica, considera como proposta a vigilância à saúde, levando em consideração o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural. A atenção está voltada para uma dimensão coletiva, incluindo problemas de saúde de populações e potencialidades de organização social para a promoção da saúde, uma dimensão individual, envolvendo sujeitos portadores de problemas, projetos e/ou sofrimentos, pautando sempre o princípio da integralidade (COSTA et al., 2009).

Segundo Fernandes e Seclen-Palacin (2004) a ESF é um exemplo de boa estratégia, que vem reestruturando as ações e serviços de saúde, e para isso acredita numa visão fragmentada do ser humano, compreendendo-o de forma integral, levando em consideração as dimensões individual, familiar e coletiva. Por isso, vem buscando a compreensão do processo saúde/doença a que estão expostos todos os indivíduos, que passa a ser pensada de forma mais ampla, de acordo com a realidade local, comunitária e familiar.

Nessa dinâmica, as equipes de ESF que funcionam de forma adequada, seriam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, com um atendimento de bom

nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população como um todo (BRASIL, 2000).

Para que todo esse trajeto ocorra de forma significativa, é necessário um planejamento cotidiano que, muitas vezes, é feito de forma intuitiva e pouco sistematizada. Na busca de alcançar objetivos complexos, principalmente quando está voltado para o coletivo, é importante planejar e contar com um método, que envolve toda a equipe da ESF (FARIA et al., 2008).

É de suma importância que cada profissional de saúde esteja atento à comunidade na qual sua prática está inserida, considerando o cidadão como um todo, intervindo em consonância com as condições de vida dos usuários, visando não só o tratamento e a reabilitação, mas também aspectos como a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Essa nova proposta de cuidar implica em todo um processo de produção de novas subjetividades, mas incluindo os profissionais de saúde e usuários, levando em consideração os grupos culturais, suas relações com a saúde, e o contexto multi-determinado em que estão inseridos (ROMAGNOLI, 2009).

A família, nesse contexto, precisa ser vista como um corpo social em que prevalece a rede de relações e de interações, possuindo crenças que são manifestadas em um espaço cultural, onde a sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros, sejam eles sadios, ou não, considerando a influência da saúde do indivíduo no grupo familiar e vice-versa (ELSEN et al., 2004).

Vale salientar que no trabalho da ESF, a família precisa ser compreendida de forma integral, além de levar em consideração o espaço social que está inserido, assim como em seu contexto socioeconômico e cultural, sendo reconhecida como sujeito social portadora de autonomia. De uma forma geral, o Programa Saúde da Família prevê que o profissional compreenda aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Em contrapartida, esse conhecimento requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias, criando um vínculo mediante a confiança e de afeto, num ambiente mais saudáveis no espaço familiar (BRASIL, 2001).

O principal objetivo da assistência é auxiliar a família a identificar e a sanar, quando possível, as suas perturbações interacionais, assim como enfrentar problemas e a tomar decisões. O foco do cuidado deve estar voltado para ajudar e para a capacitação da família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, promovendo apoio mútuo e crescimento (MARCON et al., 2005).

Para isso é necessário criar vínculos, dando importância às relações próximas e claras, onde existe uma sensibilização com o sofrimento daquele outro, ou daquela população, permitindo assim a constituição de um processo de transferência entre usuário e trabalhador de saúde, e construindo a autonomia do próprio usuário.

Segundo Merhy (2003) devemos fazer acontecer uma melhor integração na comunidade, considerando seu território, o serviço de atenção à saúde, os consultórios, e os grupos, tornando-se os profissionais das equipes da ESF uma referência para o usuário, individual ou coletivamente. Para que tudo isso ocorra de forma sistemática, o acolhimento e o vínculo são de suma importância, pois deles dependem o modo de produção do trabalho em saúde.

Através do acolhimento é possível regular o acesso, o que pode ser realizado por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, com foco voltado para a satisfação do usuário. No caso do vínculo entre profissional e paciente, ele pode ser estimulado através da autonomia e da cidadania, promovendo uma participação mais frequente na prestação de serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O acolhimento pode ser considerado como uma atitude que busca garantir acesso aos usuários, além de buscar alguns outros objetivos, como: escutar todos os pacientes, resolver problemas simples e referenciá-los quando necessário. A acolhida pode significar também uma abertura dos serviços, de acordo com a demanda, onde deve existir uma responsabilização de todos diante dos problemas de saúde de uma população (SCHIMITH; LIMA, 2004)

O acolhimento na saúde deve representar uma nova ética, incluindo a diversidade e a tolerância aos diferentes grupos, assim como a inclusão social, estruturando uma escuta clínica solidária, onde há comprometimento com a construção da cidadania. Sendo assim, o acolhimento deve ser resultado das relações no processo de atendimento, pois é através do encontro entre profissionais e usuários, onde ocorre uma negociação, que visa a identificação das necessidades, buscando um vínculo, que tem como principal objetivo a estimulação da autonomia em relação à saúde. (MERHY, 2003)

Para que o cuidado familiar seja eficiente, é preciso que o profissional tenha conhecimento acerca desse universo que é a família, onde o cuidar implica na capacidade de entender e atender adequadamente as necessidades do outro. Para que esse objetivo seja alcançado, não basta apenas boa intenção, é necessária uma revisão de postura e inclusive uma reflexão sobre o conceito de conhecimento, não devendo se restringir apenas ao que é

verbalizado. Sendo assim, para conhecer a família, além de saber ouvir, é preciso ser sensível o suficiente para enxergar e conhecer o que está implícito (KAKEHASHI; SILVA, 2001).

Sem dúvida, o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia de ações, favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço pode e deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que se expressa, que fala, julga e deseja. É nessa relação humanizada da assistência, que se promove a acolhida, sob dois enfoques importantes: o do usuário e o do trabalhador.

Segundo Mendes (2002) a vinculação pode ser considerada um aspecto de ordem interpessoal, aproximando os profissionais de saúde com a comunidade em que atuam. Isto possibilitaria o estreitamento das relações, melhorando também a qualidade da assistência, na atitude terapêutica. Todas essas atitudes aproximam os usuários que se sentem distantes da equipe de saúde, sendo um dos princípios do trabalho da ESF, o que define os cuidados pela equipe de saúde de modo consistente, e por um tempo mais ao longo.

Segundo Schimith e Lima (2004), o acolhimento e o vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário, o que ocorreria durante o “trabalho vivo em ato”. Este trabalho vivo é considerado o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode usar de sua criatividade e autonomia, usando dos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir.

Mas não se pode falar em acolhimento sem citar os princípios do SUS, que está estabelecido na Lei nº 8.080, como: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito a informação e capacidade de resolução dos serviços (FARIA et al., 2009).

Esses princípios vão ao encontro também do significado do termo acolhimento como figura no dicionário (HOLANDA, 1986): hospedar, receber, atender, dar crédito, aceitar, tomar em consideração. Assim, o profissional de saúde estará contribuindo para a manutenção e a preservação da saúde dos usuários do SUS, sem ameaçar a autonomia dos mesmos.

A ESF sempre lidou com a idéia de que as famílias e as comunidades estão acostumadas a enfrentar, por sua própria conta e risco, um conjunto de problemas de saúde, onde as mães e as famílias fazem uso de recursos, naturais ou adquiridos, para cuidar de seus filhos, de seus enfermos e de seus idosos. Todas as ações, que vão desde a amamentação até a internação domiciliar, passando por todo o trabalho realizado pelo agente comunitário, sempre

levam em consideração alguns fatores, como os costumes das regiões, e até mesmo seus pressupostos doutrinários (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Outro fator de suma importância que envolve a ESF é a visita domiciliar que, utilizada como uma metodologia de interação no cuidado à saúde, é considerada um instrumento de intervenção fundamental, pois possibilita o conhecimento da realidade de vida da população e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares e, ainda, favorece o estabelecimento de vínculo (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). As visitas domiciliares são entendidas também como momentos que impactam o processo de adoecer dos indivíduos, já que são regidas pelas relações que se estabelecem nos contextos em que ocorrem. A compreensão desse contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde, e de suas relações familiares, deve pautar a atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e o planejamento das ações, considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A visita domiciliar é considerado um instrumento essencial para a equipe da ESF, pois através dela é possível identificar as possíveis situações de risco às quais a população possa estar exposta. É um potente instrumento para a vigilância à saúde, possibilitando que os profissionais conheçam não somente o quadro clínico e problemas de saúde, mas também as condições de vida das famílias, o que precisa gerar planos de ações consistentes, voltados para a saúde da população (FARIA et al., 2009).

Nas visitas às famílias, a atenção muitas vezes fica dirigida a programas pré-estabelecidos, como o de amamentação, hipertensão, cuidado preventivo com determinada doença endêmica na região, e assim por diante. Por um lado, essa padronização facilita a expansão do Programa, mas por outro, pode simplificar e empobrecer o seu alcance, por não considerar as manifestações locais dos problemas de saúde e não trabalhar com elas (VASCONCELOS, 1999b).

A principal relevância da visita evidencia-se pelo fato de que esta dispõe de condições propícias à mudanças, colaborando assim para rebater o modelo hegemônico, centrado na doença, que favorecia uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários. Sem dúvida, a superação desse modelo requer dos profissionais de saúde uma nova construção, onde o pensar e o fazer são sustentados na produção social do processo saúde-doença (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Assumiu-se também, como pressuposto básico, que há relação entre os significados atribuídos à visita domiciliária e o modo predominante de produção desta, e os processos de vida, carências e sofrimentos enfrentados de modo próprio pelas famílias, caracterizando-se

tal significação como uma construção social permeada por contradições. Esse entendimento considera que os diferentes grupos sociais concebem o mundo de modo compartilhado, em meio às condições reais de vida, apresentando idéias comprometidas com o pensamento dominante, e com a própria condição de classe, incluindo ambigüidades e elaborações próprias frente a questões do cotidiano. Diante disso, a visita é de suma importância, pois concebida como tecnologia de interação, tem o potencial de contribuir, no âmbito da ESF, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado, trazendo à tona uma compreensão melhor sob a perspectiva dos usuários, acerca das dimensões da humanização e da integralidade do cuidado (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A ESF também desenvolve a educação em saúde, o que implica ir além da assistência curativa, buscando dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Assim, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da ESF, seja em espaços convencionais, na forma de grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família (ALVES, 2005).

Dentre os muitos modelos de educação em saúde, o diálogo favorece o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado, assim como as condições concretas de vida. Por isso, este modelo contribui para uma apreensão mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis a seus destinatários (ALVES, 2005).

Infelizmente, nos dias de hoje, a maioria dos municípios brasileiros vêm se deparando com problemas de diversos ângulos, relacionados aos recursos humanos, onde se destaca a insuficiência de profissionais preparados e qualificados para o desempenho das atividades da ESF, assim como a dificuldade de adesão e fixação de trabalhadores nos diferentes territórios. O enfrentamento desses problemas exige estratégias, que vão desde a adequação do perfil profissional, até desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores da área da saúde (BRASIL, s/d). Essa rotatividade dos profissionais é considerada um fator complicador que o modelo saúde da família vem enfrentando e tem aspectos ligados à própria formação dos profissionais de saúde.

Além disso, é preciso quebrar a idéia de cuidado à saúde associada somente à figura do médico, o que acaba intensificando a passividade por parte da população, em relação à promoção da própria saúde. É importante uma constituição ética dos indivíduos, que podem se apoiar nas práticas de si, conduzindo à observação de si próprios, decifrando e se

reconhecendo como sujeitos de desejo, e reunindo embasamento para se posicionarem perante as situações (GOMES, 2003).

Mas, muitos vieses podem ser rompidos no planejamento de saúde da família, onde um planejamento da ESF poderia ser feito com mais criatividade, seguindo alguns passos, como: levantar e analisar, em primeiro lugar, quais são os problemas de saúde identificados pelas famílias, e como estas lidam com eles, não se limitando somente ao mapeamento de condições de saúde, usualmente elaborado pelos membros da equipe para expandir a equipe básica da ESF, de acordo com essas expectativas e problemas, devendo ficar claro para todos, profissionais e população atendida, os motivos dessa expansão; qualificação dos membros da equipe, levando em conta esses problemas e expectativas e a maneira como as pessoas lidam com eles, onde se leva em conta uma noção de saúde da família a partir das necessidades sentidas e das iniciativas desenvolvidas pelas próprias famílias (NOGUEIRA, 2003).

Mesmo assim, o trabalho da ESF ainda é questionado. A pergunta é se o processo tem sido compatível com a sua finalidade proposta, pois em alguns municípios que adotaram o programa verifica-se que a ESF significou mais uma modificação institucional, ou seja, nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atenção e acréscimo na remuneração da equipe, do que maior aproximação com o cotidiano das famílias. Por isso, justifica-se a reflexão sobre a implementação da ESF e o atendimento, assim como a sua finalidade proposta, que deve considerar a valorização da promoção e prevenção da saúde, tendo como foco o bem estar da população (VASCONCELOS, 1999a).

O que se percebe é que o modelo de saúde presente hoje no país busca uma nova forma de organização nas relações entre sujeitos, profissionais de saúde e usuários, utilizando recursos e processos de trabalho em saúde, atuando sobre problemas, o que inclui danos, riscos e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Outro fator que também pode ser considerado dificultador está ligado aos grandes centros urbanos, onde se observa uma maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, o que acaba formando barreiras ao acesso e oferta de ações básicas, que reflete um modelo assistencial curativo, minimizando a importância das ações básicas de saúde, onde os níveis de atenção à saúde deveriam ser resolutivos, hierárquicos e harmônicos entre si.

Enfim, o modelo assistencial em construção pressupõe uma assistência centrada na saúde e não na doença, e busca intervir diretamente, nas condições de vida da população, prevenindo, por meio do conhecimento e ações, as situações de risco. Por isso as atividades de educação em saúde devem ser bem pensadas quanto à clientela alvo e à metodologia a ser

empregada para que, se tenha uma população mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e seus direitos, contribuindo para a modificação positiva do perfil sócio-sanitário como um todo (GOMES, 2003).

Ao final dessa discussão é possível afirmar que há várias interpretações sobre a ESF e alguns avanços na direção de seus objetivos; mas, também há questionamentos à frequente falta de adesão qualificada do usuário do SUS às ações da estratégia de saúde da família, muitas vezes pelo fato destes usuários não compreenderem seus significados. Trazem, também, importante contribuição, no que diz respeito à real necessidade da capacitação e educação permanente dos recursos humanos empregados nas ações de saúde, especialmente para a ESF. Como já identificado por vários órgãos e instituições, nacionais e internacionais, e em muitos casos pelos próprios profissionais, torna-se fundamental que se busque contribuir para que alcancemos um vínculo efetivo entre tais profissionais e os usuários, melhorando a referida adesão às ações de saúde, e conseqüentemente seus resultados.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para este trabalho obtivemos e separamos 40 publicações, entre periódicos (artigos) e livros, sendo que destes, 31 foram selecionados, tendo em foco a modalidade de revisão narrativa.

De uma forma geral, é preciso haver uma alteração no criticado modelo centrado apenas na questão assistencial e curativa, sendo necessário que ocorra uma mudança nas concepções e na forma de trabalho, edificando novas relações entre usuários e profissionais.

É preciso um novo olhar e novas sugestões para o funcionamento mais efetivo de todos os programas oferecidos pela saúde pública, assim como a avaliação das capacitações que estão sendo oferecidas aos profissionais de saúde, incentivando estudos voltados para o atendimento, acolhimento e vínculo desse profissional com a população em que atua.

A formação de recursos humanos com competência para o atendimento em saúde também é de suma importância, pois demanda que se firmem compromissos entre educação e saúde, com atitudes estratégicas, fundamentais e complementares, para se atingir tal objetivo, o que não consiste em tarefa simples, mas necessária, na busca por um perfil profissional adequado, para que se possa bem atuar na assistência da atenção básica de saúde.

Diante de tudo o que foi apresentado, a saúde pública vem passando por um novo desafio: o de modificar não somente a prática médica e a assistência à saúde, mas a consciência dos indivíduos sobre os determinantes da saúde. Porém esse desafio requer a existência de profissionais com conhecimentos específicos, atitudes e habilidades adequadas às atuais propostas para a ESF e o SUS. combatendo-se a atual tendência à precarização das relações de trabalho, prevendo melhor remuneração, plano de carreira e perspectivas de realização profissional mais dignas.

Vale salientar também que ainda existe um descaso com a saúde pública, que caminha ainda como um iniciante em fase de aprendizagem e crescimento. Melhor do que justificar os erros acontecidos no passado, muitos dos quais ainda presentes, melhor seria trazer à tona a esperança de que se pode caminhar rumo a uma saúde de melhor qualidade e mais comprometida com a população.

## REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009.
2. 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 - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997.
4. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: **Caderno 1. Brasília** (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília; 2001.
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** nº 648, de 28 de março de 2006.
7. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF**. Desenvolvimento de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, s/d. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf). Acesso em: 08 fev.. 2011.
8. COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHIN, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 113-8.
9. DA ROS, M. A. et al. Residência multiprofissional em Saúde da família: Uma conquista do movimento sanitário. **Cadernos RH Saúde**, Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. v.3,n.1, 145-54, mar. 2006.
10. HOLANDA, A. B. **DICIONÁRIO AURÉLIO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
11. ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S., organizadoras. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004.

12. FARIA, H. P. et al. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. **Unidade Didática I**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.
13. \_\_\_\_\_, H. P. et al. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. **Unidade Didática I**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009.
14. FERNANDES, A. S.; SECLÉN-PALACIN, J. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil**. Brasília: OPAS; 2004.
15. GOMES, João Junior. P.S.F. Um novo modelo assistencial de atenção básica. **Revista UNORP**, v.3 (2): 95-99, abril 2003.
16. KAKEHASHI, T. Y.; SILVA, C. V. O cuidar da criança e da família: das reflexões teóricas a sua aplicação na prática profissional do cotidiano. **Fam Saúde Desenv.** 2001;3(1):15-20.
17. LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, 1996, janeiro/junho; 1: 3-8.
18. MARCON, S. S.; RADOVANOVIC, C. A. T.; WAIDMAN, M. A. P.; OLIVEIRA, M. L. F.; SALES, C. A. Vivência e reflexão de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enferm.** 2005;14(n. esp.):116-24.
19. MENDES, E. V. **Atenção Primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.
20. \_\_\_\_\_. “Uma Agenda para a Saúde”, Ed. Hucitec, S. Paulo, 1996.
21. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC, São Paulo, 2003.
22. NOGUEIRA, R. P. Saúde da família, direitos sociais e subsidiariedade. **Políticas sociais - acompanhamento e análise**, 7 ago. 2003.
23. NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 735).
24. PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86.
25. PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.7-34.
26. ROMAGNOLI, R. C. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. **Saude soc.** vol.18 no.3 São Paulo July/Sept. 2009.

27. SILVA JR. A. G.; Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva; Hucitec, São Paulo, 1998. In: MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. ET AL. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** HUCITEC, São Paulo, 2003.
28. SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.
29. TAVARES, E. C. Sobre revisão narrativa, integrativa e sistemática, 2010. **Porta arquivos geral**, plataforma Ágora/NESCON: <http://agora.nescon.medicina.ufmg.br/ambiente/index.php?m= start&ma=portaArquivos.doc> Acessada em: 23 fev. 2011
30. VASCONCELOS E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate** 1999a; 23(53):6-19.
31. VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec; 1999b.