

ISSN 2175-5361

Pessoa Júnior JM, Miranda FAN, Silva MB.

The family health...

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



Mestrado
PPGenf
Doutorado

Programa de
Pós-graduação
em Enfermagem
UNIRIO

Revista de Pesquisa:

CUIDADO É FUNDAMENTAL Online

ISSN 2175-5361



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ALFREDO PINTO
E E A P
UNIRIO

Ministério da Educação

SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A SMALL NORTHEASTERN CITY

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NUM MUNICÍPIO NORDESTINO DE PEQUENO PORTE

LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA EN UNA PEQUEÑA CIUDAD DEL NORDESTE

João Mário Pessoa Júnior¹, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda², Marta Batista da Silva³

ABSTRACT

Objective: Was to identify the process of implementation and expansion of the Family Health Strategy (FHS) in a small northeastern town of Rio Grande do Norte, Brazil, identifying major components in this situation. **Method:** It is a descriptive study, with qualitative approach supported by oral history, thematic modality. It was chosen the eight employees who participated in the process of implementation/expansion of the FHS. Data collection took place in 2010. The interviews allowed the formation of main themes and sub-lines of analysis. **Results:** The analysis of the FHS in a small northeastern city of Brazil has identified aspects aligned with the reality experienced in the country in recent years, given the quantitative expansion of care and health services, and the number of multidisciplinary teams working in these territories. **Conclusion:** The greater challenge observed is to ensure that this process of expansion is translated effectively in the quality of health actions produced. **Descriptors:** Family health, Public health, Health policy, Planning and management.

RESUMO

Objetivo: Identificar o processo de implantação e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) num município nordestino de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Norte, identificando elementos constitutivos importantes nesse trajeto. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa apoiado na história oral, modalidade temática. Optou-se pelos oito colaboradores que participaram do processo de implantação/ampliação da ESF. A coleta de dados aconteceu no ano de 2010. Os depoimentos possibilitaram a formação eixos e sub-eixos temáticos de análise. **Resultados:** A análise da ESF num município nordestino de pequeno porte permitiu identificar aspectos de consonância com a realidade vivenciada no país nos últimos anos, dada a expansão quantitativa dos atendimentos e serviços de saúde, e do número de equipes multiprofissionais atuando nesses territórios. **Conclusão:** O desafio maior observado é o de garantir que esse processo de expansão se traduza efetivamente na qualidade das ações em saúde produzidas. **Descritores:** Saúde da família, Políticas, Planejamento e administração em saúde, Saúde pública.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el proceso de implantación y ampliación de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en un municipio pequeño del Estado del Rio Grande do Norte, identificando elementos constitutivos importantes en ese trayecto. **Método:** se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, de abordaje cualitativo apoyado en la historia oral, modalidad temática. Se optó por los ocho colaboradores que participaron del proceso de implantación/ampliación de la ESF. La colecta de datos aconteció en el año de 2010. Las declaraciones possibilitaron la formación de dos ejes temáticos y sub-ejes de análisis. **Resultados:** El análisis de la ESF en un municipio pequeño del noreste permitió identificar aspectos de consonancia con la realidad vivida en el país en los últimos años, dada la expansión cuantitativa de las citas y servicios de salud, y del número de equipos multiprofesionales actuando en esos territorios. **Conclusión:** El desafío mayor observado es lo de garantizar que ese proceso de expansión se traduzca efectivamente en la calidad de las acciones en salud producidas. **Descritores:** Salud de la familia; Políticas; Planificación y Administración en Salud; Salud pública.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - PGENF/UFRN. E-mail: jottajunior@hotmail.com. ² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da UFRN. Coordenador do PGENF/UFRN e do Grupo de Pesquisa: Ações promocionais e de atenção a saúde de grupos humanos em saúde mental e coletiva. E-mail: farnoldo@gmail.com. ³ Enfermeira. Bolsista CAPES. Mestranda em Enfermagem pelo PGENF/UFRN. E-mail: martabatistasilva@bol.com.br.

INTRODUÇÃO

No cenário de saúde no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária adveio propondo mudanças no modelo de atenção, tendo como foco o conceito ampliado de saúde como requisito para o resgate e garantia da cidadania. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto direto desse movimento social, configura-se como o mais audacioso e promissor projeto de política pública de saúde nacional, alicerçado em princípios e diretrizes como a universalidade, a descentralização e a integralidade da atenção¹.

Frente a este conceito de saúde como um bem e um valor social, a Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge como um modelo de reorientação da assistência em saúde, fortalecendo a descentralização/municipalização, proporcionando mudanças para os serviços de saúde, além de ser importante instrumento para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS^{2,3}.

Oficializa-se, em 1994, através da portaria nº 692/Ministério da Saúde (MS), o Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, renomeado para Estratégia Saúde da Família (ESF)². Esta estratégia recebeu influência direta dos países europeus, do Canadá e de Cuba os quais desenvolviam ações e programas voltados à medicina comunitária e da família³.

Diferentes abordagens adotadas pelo MS preparavam a população em geral para a concepção ampliada de saúde e da adscrição da base territorial reconhecendo a singularidade do sujeito e seus traços culturais para as questões da promoção da saúde e prevenção de doenças, também na perspectiva do município. De um lado,

inaugura-se o Programa de Agentes Comunitários (PACS) para dar sustentação a base territorial das ações de saúde favorecer a implantação da ESF. Do outro, em alguns municípios, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), considerado um modelo de transição para a estratégia, alocando enfermeiros e médicos em seus territórios, mediante a oferta de incentivos financeiros e de formação profissional aos participantes⁴.

Destaca-se que a ESF se concretiza atualmente enquanto instrumento importante no processo de consolidação do SUS, capaz de garantir o acesso universal aos serviços de atenção básica, fortalecendo a municipalização e descentralização na gestão em saúde, e seguindo-se como elemento norteador de práticas assistenciais democráticas, com a participação popular na tomada de decisões³.

As equipes de Saúde da Família, de acordo com as recomendações ministeriais compõe-se minimamente por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS)². E, quando ampliadas, acrescenta-se um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe responsabiliza-se pelo acompanhamento de cerca de seiscentas famílias (média recomendada de três mil pessoas, no máximo quatro mil) de uma determinada área. Atua principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências, envolvendo toda a comunidade⁵.

Estrategicamente a expansão da ESF no Brasil inicia-se se com os municípios de pequenos e de médio porte, principalmente pelo modelo de incentivo financeiro, que não exigiam condições de infra-estrutura amplas, nem altos custos para implantação⁵.

2175-5361

Pessoa Júnior JM, Miranda FAN, Silva MB.

The family

health...

Observa-se ainda características de uma atenção primária em saúde seletiva, com algumas limitações no que se refere à continuidade de assistência^{1,4}.

As ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde constituem os pilares da ESF³. Dessa forma, a sua operacionalidade significa consequentemente, a racionalização dos serviços de alta e média complexidade do SUS e a melhoria dos indicadores sociais e da saúde da

população^{4,6}. A estratégia em muitos municípios com graus crescentes e significativos de resolutividade minimiza as urgências em face a intervenção precoce, tornando-se a “porta de entrada” do usuário aos vários níveis de atenção⁶.

Paralelamente, a adesão das grandes cidades brasileiras à ESF, no que diz respeito à cobertura, se deu de maneira lenta e gradual, pois a sua implantação, diferentemente das cidades de pequeno porte, exige a ampliação dos incentivos financeiros, melhorias nas redes de infraestrutura, insumos tecnológicos necessários e a contratação de um número considerável de recursos humanos capacitados⁷. Dessa forma, ainda hoje a cobertura de Saúde da Família nas grandes cidades constitui um desafio, constitui ainda hoje um desafio⁷.

Nos diversos municípios brasileiros a ESF apresentou particularidades e singularidades inerentes aos distintos cenários locais de produção de saúde, dadas suas potencialidades e fragilidades específicas de cada um³⁻⁷. A variedade de experiências é fruto, em parte, do compromisso dos gestores, dos recursos e financiamentos direcionados, dos

profissionais envolvidos, bem como da própria participação popular nas ações em saúde⁴.

No aspecto conjuntural, os resultados positivos alcançados em muitos municípios, são fortes indícios de suas potencialidades. Observa-se que o processo de ampliação, implantação e planejamento das ações em saúde seja pensado de maneira articulada entre a comunidade, os serviços e os gestores⁶, para desenvolver uma assistência em saúde alicerçada nos ideais do SUS, em respeito a universalidade da assistência, a equidade entre os indivíduos, a multidisciplinaridade, o trabalho em equipe e a participação social³.

Com o processo de descentralização e alocação de recursos no município verifica-se uma

expansão da estratégia no país, principalmente nos de pequeno e médio porte⁶. Nesse cenário expansionista, um município localizado na microrregião do oeste do Rio Grande do Norte, instalou a ESF nos anos de 2001-2003, e, em 2005, atingiu o teto de oito equipes de implantadas.

O processo de implantação e consequente ampliação da ESF naquele município potiguar, como na maioria dos municípios brasileiros, constitui um fenômeno social novo e peculiar para a realidade local⁵. Reconhece-se a priori a existência de vários contextos regionais e suas singularidades, fragilidades e potencialidades de cada um desses municípios. Torna-se, desse modo, importante, fundamental e oportuno estudar de maneira mais ampla os principais

2175-5361

Pessoa JúniorJM, Miranda FAN, Silva MB.

The family

health...

elementos históricos locais regionais advindos nesse percurso.

Assim, a presente pesquisa objetivou analisar o processo de implantação e ampliação da ESF no município de Caraúbas/RN a partir da explicitação de elementos constitutivos e tornados relevantes nesse trajeto.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, assentado no referencial metodológico da história oral, modalidade temática⁸. Esta representa uma fonte de resgate histórico de grande valia para a pesquisa. Utiliza-se da narrativa oral na busca de esclarecimentos e compreensão de uma dada realidade⁸.

Seguiram-se as etapas que compreendem o projeto de história oral: a autorização do depoente, a gravação da entrevista, a transcrição, a textualização e a transcrição do material obtido dos depoentes⁸. Os colaboradores da pesquisa em número de oito, sendo três profissionais de saúde, três gestores e dois membros do Conselho Municipal de saúde. Todos participaram do processo de implantação/ ampliação da ESF e residem atualmente no município de estudo.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2010, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, parecer 190/09, CAAE 0211.0.051.000-09. Como ponto de partida nesse processo, obteve-se dos colaboradores, o consentimento livre e esclarecido, além da carta de cessão.

Em seguida, procedeu-se à etapa da transcrição das falas, gravadas em aparelho de MP4, iniciando-se a etapa de análise. Significa dizer que os discursos perderam sua autoria e o jogo dos significantes em cadeia, passou a ser o foco da compreensão⁹. Identificaram-se os colaboradores, exemplificado como: história 1 (H₁), e assim sucessivamente. Utilizou-se a técnica de análise temática⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise das histórias resultou na elaboração de dois eixos temáticos de centrais e seus sub-eixos de sustentação: Eixo I - O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde: a transição sucessória; Eixo II - A Estratégia Saúde da Família, e os sub-eixos: Facilidades na transição; e Dificuldades na transição. Nos depoimentos dos colaboradores observou-se o uso recorrente da denominação Saúde da Família em alusão aos termos ESF ou PSF.

Eixo temático I: O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde: transição sucessória

O Ministério da Saúde criou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) através do Decreto nº 3.745 de 05/02/2001, sendo regulamentado pela proposta nº 227 de 16/02/2001, objetivando fortalecer a atenção básica nos locais onde não conseguiram implantar a ESF, e incentivado a interiorização de profissionais de saúde, com vistas a obtenção de resultados concretos a curto e médio prazo^{4,10}. No ano de 2001, o PITS foi instalado no município do presente estudo, programa este considerado o grande marco de transição da ESF no município.

2175-5361

Pessoa JúniorJM, Miranda FAN, Silva MB.

The family

health...

No Rio Grande do Norte foram implantadas dez equipes do PITS, localizadas em seis municípios, cujas equipes eram formadas por médicos e enfermeiros, sob uma coordenação estadual e tutoria de dois profissionais. O programa oferecia aos profissionais atuantes uma bolsa auxílio e um curso de especialização em Saúde da Família, além do incentivo a educação permanente em saúde¹⁰.

O PITS:

Era um programa do Ministério da Saúde que financiava uma bolsa para os profissionais, onde o município entrava apenas com ajuda de custo, como moradia e transporte. O PITS ofertava ainda aos profissionais o curso de especialização, de caráter teórico-prático, modulado, realizado na capital do estado, e a cada módulo que era realizado na capital do estado, a equipe vinha e implantava atividades naquele programa. Por exemplo, quando a equipe participava de um módulo voltado à atenção de saúde da criança, ao retornar ao município tinha que implantar as ações voltadas à saúde da criança, com foco na Estratégia de Saúde da Família (H2).

A princípio implantou-se de forma cautelosa somente uma equipe, por opção da gestão municipal da época, embora contemplado com três equipes. Optou-se para implantação da primeira equipe do PITS numa comunidade rural, em 2001. O principal critério para tal instalação foram os interesses pessoais e as questões político-partidárias entre as forças políticas do município.

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada na verdade com a

proposta do PITS, que era o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. A princípio o município tinha sido contemplado com três

equipes, só que o gestor da época, o prefeito municipal, só aceitou uma. Essa equipe que foi instalada, pensada numa comunidade que, cobria uma área muito densa, inclusive com 12 agentes comunitários de saúde (H₅).

Ainda em 2001, através do PACS ampliou-se o número de ACS para cinquenta, Paralelamente, dá-se início ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde local sob o advento da municipalização, paulatinamente instalado, condição *sine qua non* as exigências do SUS¹¹. Neste cenário municipal conquista-se mais independência no que tange ao estabelecimento de políticas e diretrizes em saúde, na proporção que assumem novos desafios para efetivação desse sistema.

No ano seguinte a implantação da primeira equipe de PITS, outras duas equipes foram implantadas, totalizando, então, três equipes instaladas, sendo duas na zona urbana e uma na zona rural.

A transição do PITS para ESF aconteceu no ano de 2004, como determinação do MS, requisito para garantir a continuidade das ações e trabalhos desenvolvidos pelo programa, com a anuência do gestor.

Na época, em agosto de 2004, o PITS ia ser extinto, e a proposta do Ministério era que as equipes que eram PITS fossem implantadas como PSF, aproveitasse já a idéia, tendo em vista que o PITS trabalhava com a mesma filosofia da Estratégia da Saúde da Família... com distribuição de equipes por micro-área dentro de uma área adstrita, a mesma ideia. Então, na época o gestor aceitou, quando foi contemplado, iniciou-se realmente PSF, por volta de julho/agosto de 2004 (H₇).

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):9-18

2175-5361

Pessoa JúniorJM, Miranda FAN, Silva MB.

The family

health...

Dessa forma, as três equipes atuantes foram sendo cadastradas gradativamente como equipes de Saúde da Família. A partir de então, o município passou a se responsabilizar pela contratação e remuneração dos profissionais, com incentivos financeiros do governo federal destinados ao programa.

[...] Quando o PITS foi extinto, os profissionais deixaram de receber a bolsa e passaram a ser contratados pelo município que passou a receber o incentivo de saúde da família, sendo um incentivo para cada PSF, como determina o Programa de Saúde da Família (H₈).

Assim, entende-se que o PITS, como em outros municípios brasileiros, foi um modelo transicional para a ESF, assim como em Caraúbas/RN, e contribuiu para a expansão quantitativa do número ações e atendimentos em saúde realizados, mediante incentivos ministeriais para composição de equipes multiprofissionais (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e ACSs) em seu território.

Eixo temático II: A Estratégia Saúde da Família - facilidades e dificuldades na transição

A instalação da ESF no município ocorreu por vontade e decisão política do gestor da época. Implanta-se a estratégia no momento em que o município era coberto pelo PITS e realocado na esfera municipal pela ESF. Justifica-se a implantação a partir dos indicadores de saúde que ora se apresentava: altas taxas de mortalidade infantil, prevalência de doenças como hanseníase e tuberculose e baixa cobertura de assistência médica⁴.

[...] não houve bem uma discussão sobre a implantação da Estratégia de Saúde da Família aqui. Ela se deu quando agente foi contemplado, o município foi contemplado com o

PITS, devido os indicadores de saúde nós fomos contemplados, então isso fez que como consequência tivéssemos a implantação da Estratégia de Saúde da Família (H₅).

Em agosto de 2004, após a extinção do PITS, a ESF foi implantada para dar prosseguimento às ações que vinham sendo desenvolvidas⁴. Na oportunidade mais uma equipe foi instalada, totalizando-se assim quatro equipes, ampliando a cobertura as duas comunidades da zona rural.

O processo de ampliação aconteceu de maneira gradual, particularmente no seu início em

2005, tornando-se o grande marco para a Saúde da Família no município, com oito equipes instaladas.

[...] em relação à implantação das equipes, agente ficou com quatro em 2004. Em janeiro de 2005 foi instalada mais uma equipe na zona urbana, que foi na área do Sebastião Maltez. Então agente ficou com cinco equipes. E quando foi em setembro de 2005 instalaram-se as outras três equipes. Quando totalizou as oito equipes de PSF [...] (H₆).

No processo de implantação e ampliação da ESF em Caraúbas/RN, ocorrido entre os anos de 2001 e 2005, verificou-se nas falas dos depoentes a menção de facilidades, dificuldades e expansão para outras áreas da municipalidade configurando como um processo transitório.

Facilidades na transição

Entre as facilidades encontradas nesse percurso, enfatiza-se o papel da população no que se refere à receptividade e a boa aceitação do programa, pois uma vez instalado no município não poderia mais deixar existir, de prosseguir com as

2175-5361

Pessoa JúniorJM, Miranda FAN, Silva MB.

The family

health...

atividades em saúde desenvolvidas (H5). A experiência do PITS em 2001 representou o momento precursor para a implantação e consequente expansão da rede de cobertura. Aliado a isso se destaca ainda, os incentivos do Ministério da Saúde para a continuidade da estratégia².

As facilidades foram os diversos aliados que surgiram à própria população que sempre recebeu de braços abertos, porque era um programa que com certeza onde é implantado é bem recebido pela população [...] depois de implantado o PITS não se consegue mais retroceder, não é mais possível, a população não permite mais que o serviço deixe de existir, e daí as três equipes foram transformadas em Saúde da Família. À medida que o programa era implantado numa área, as demais áreas passavam a reivindicar. E aí o município passou a ver que com o incentivo que o Ministério repassa e os resultados que se consegue nas comunidades, o programa não podia parar, e aí se implantou a última equipe possível (H5).

Somem-se os outros atores importantes nesse percurso, como os *profissionais naturais do próprio município que passaram a atuar no PITS (H4)*. O conhecimento sobre a realidade social e o vínculo afetivo já existente com a população, no geral, acabou sendo um indicador e um facilitador no processo de implantação e ampliação da ESF. Assim, reconhece-se as contribuições da territorialização das equipes e do próprio planejamento das ações em saúde^{6,11}. Aliado as mudanças efetuadas, ressalta-se o fato do PITS ter propiciado aos profissionais atuantes, um curso de especialização em Saúde da Família, contribuindo para a formação do conceito de território e de família como coadjuvante no processo saúde-doença de uma comunidade adstrita⁴.

Acho que agente pode estar contando é que se encontrou nesse processo alguns atores que eram da própria cidade, alguns profissionais que passaram a atuar no município serem da própria cidade. Isso termina que ajudando, porque agente já conhece a área para fazer distribuição, territorialização, facilitando o processo de organização das ações. E outra também, foi que na época do PITS os profissionais foram qualificados, eles passaram por um curso de especialização em saúde da família[...] todos que estavam participando estavam sendo qualificados, então todo mundo estava entendendo o que era a idéia... as três primeiras equipes, no caso, foram qualificadas (H4).

[...] em relação a questão da implementação do Programa Saúde da Família aqui no município no ano de 2005, agente começou realmente a trabalhar no sentido de garantir que todas as regiões, que todas localidades do município, seja da zona ou da zona urbana, pudesse ter acesso, pudesse ter realmente a saúde de qualidade. E agente realmente começou no início da gestão do prefeito da época, [...]e agente passou a fazer um trabalho de identificação das necessidades, e o prefeito na época determinou que a prioridade seria dar/fornecer um serviço de saúde o melhor possível para a comunidade.

No processo de implantação e ampliação da ESF em Caraúbas/RN, ocorrido entre os anos de 2001 e 2005, verificou-se nas falas dos depoentes a menção de facilidades e dificuldades nesse processo transitório.

Dificuldades na transição

No que diz respeito às dificuldades na implantação ressalta-se que em 1997, a gestão municipal não conseguiu implantar a estratégia, prevalecendo a vontade política como o principal elemento para a adesão do município à estratégia, ocorrendo somente

2175-5361

Pessoa JúniorJM, Miranda FAN, Silva MB.

The family

health...

em 2001, ou seja, quatro anos depois, dessa feita, com incentivos do Ministério da Saúde através do PITS¹⁰ (H2; H3). Assim, finalmente implantou-se a Saúde da Família¹¹.

As dificuldades para a implantação do saúde da família sempre, no meu ponto de vista, se dão por ordem principalmente política. Em 1997, se as tomadas de decisões políticas tivessem se intensificado, o programa já teria surgido até então. No meu ponto de vista para que o PSF viesse foi preciso que o Governo Federal criasse um programa de interiorização e esse programa só era instalado em municípios que ainda não tinha conseguido até o ano de 2001 implantar a Estratégia de Saúde da Família. Na época trabalhei como enfermeiro do programa e agente costumava dizer que era um prêmio dado àqueles que não mereciam, era um prêmio dado aqueles prefeitos de municípios que nunca tinha implantado o saúde da família, e aí eles recebiam o PITS (H₂).

A percepção dos gestores se apresentava distorcida da proposta, uma vez que *nem todos os gestores compreendiam a noção da abrangência da proposta (H5)*, o que acabou dificultando a sua instalação no município.

Sabe-se que muitos Secretários de saúde nos municípios de pequeno porte quando assumem o cargo, se deparam com um desafio em mãos, ou seja, o de lidarem com um dos setores mais complexos que envolvem a administração pública, além do mais, na maioria das vezes não são da área e não conhecem a realidade gerencial e de funcionamento do setor saúde no país^{7,11}. Tal fato é percebido a partir na fala a seguir:

[...] agente realmente teve algumas dificuldades, agente começou em 2005. Em seguida, em junho de 2005 eu assumi a secretaria. Então, foi nesse período que agente iniciou e não foi muito fácil, um grande desafio, porque não sou da aérea,

eu sou pedagogo, mas eu digo a todo mundo que foi uma experiência muito boa, um desafio (H1)[...].

Outra dificuldade relevante e comprometedora da ESF diz respeito a escassez do profissional médico na constituição das equipes. Para contornar este fator, fez-se necessário, por parte da gestão, a sensibilização e negociação com esses profissionais que não migram para o município, porem se deslocam de acordo com a conveniência e acerta as condições da carga horária e serviço, entre outras vantagens¹².

A dificuldade, a principal foi o humano, o profissional médico que não tinha na época [...] tive a oportunidade inclusive de participar de colação de grau de turmas concluintes do curso de medicina, e foi a partir desse momento agente colocava nos jornais, na rádio a necessidade, nos locais onde agente tinha acesso para divulgar [...].

Infere-se a partir deste depoimento a evidência clara da hegemonia do modelo biomédico, que define suas práticas centradas no curativismo e individualismo, supervalorizando o profissional médico em detrimento aos demais profissionais de saúde. Tal concepção vai de encontro aos princípios da ESF¹². Dessa forma, são desconhecedores da realidade local, embora tragam consigo experiências outras nesta modalidade, porém o fato de não conviver, conhecer e compreender os indicadores do município, o torna refém do modelo biomédico em detrimento da promoção da saúde e prevenção de doenças, requisito necessário na atenção básica¹²⁻¹³.

Elenca-se também a dificuldade que diz respeito à desinformação da população local e dos próprios trabalhadores da saúde sobre o que vinha a ser a ESF, seus

2175-5361

Pessoa JúniorJM, Miranda FAN, Silva MB.

The family

health...

elementos constitutivos e as reais mudanças para o cenário da assistência à saúde do município¹¹. Acreditava-se que seria uma estratégia voltada apenas para uma assistência de caráter unicamente curativo, onde os profissionais seriam “plantonistas”, uma espécie de extensão do trabalho realizado pelo serviço hospitalar.

Nesse período houve, assim... muitas dificuldades... como a questão da informação do que viria a ser um PSF, o que era realmente o PSF. No início as pessoas achavam que nós íamos ser “plantonistas”, e nós trabalhamos com prevenção e não com a área curativa, que aí fica para os hospitais. Então uma das dificuldades foi a falta de informação, agente também não pensou em divulgar realmente o que era o PSF [...] (H₄).

O enfoque à atenção a saúde assenta-se no conceito da territorialização, cujos processos de trabalho, esforços conjugados de equipe multiprofissional para o direcionamento e as definições das ações em saúde, leva-se em consideração os diversos perfis sociopolíticos dos municípios brasileiros¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a ESF no município de Caraúbas-RN foi implantada no momento de extinção do PITS, em 2003, por ser uma exigência do Ministério da Saúde. Realocam-se as equipes já instaladas do PITS como equipes de Saúde da Família. Dessa forma, garantiu-se a continuidade dos incentivos enviados ao município, posteriormente com o transcurso da implantação da Estratégia Saúde da Família verifica-se a reestruturação da rede de serviços básicos e a ampliação do número das equipes.

Em síntese, a análise da ESF no município nordestino de pequeno porte, a partir do processo de implantação/ampliação da ESF, permite identificar aspectos de consonância com a realidade vivenciada no país nos últimos anos, embora tenha acontecido de maneira tardia. Faz-se necessário também reconhecer a existência de características que permeiam os distintos cenários locais e de elementos como o perfil econômico, o desenvolvimento urbano, o grau de distribuição de riquezas, as condições sanitárias e infraestruturas desses espaços. Ademais, o desafio maior observado hoje diz respeito a garantia de que essa expansão quantitativa da ESF se configure realmente na qualidade das ações em saúde produzidas.

REFERÊNCIAS

1. Gurgel MGI, Alves MDS, Moura ERF, Pinheiro PNC, Rêgo RMV, Passos MLL. Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. Esc Anna Nery. 2011 jul/set;15(3):610-615.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 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 Agente Comunitário de Saúde (PACS). Brasília; 2007.
3. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):9-18

2175-5361

Pessoa Júnior JM, Miranda FAN, Silva MB.

The family

health...

- Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2):164-176.
4. Silva CC, Silva ATMC, Farias LD. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde na Paraíba: mudanças metodológicas e reflexos na produção acadêmica dos egressos. Rev Cogitare Enfermagem. 2008;13(1): 96-102.
 5. Giovanela L, Mendonça MHM, organizadoras. Atenção Primária a Saúde. In: Giovanela L, Mendonça MHM. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
 6. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2010; 20(1): 235-259.
 7. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(Sup 1):7-27.
 8. Meihy JCSB. Manual de História Oral. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
 9. Minayo MSC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2009.
 10. Ministério da Saúde. Decreto Nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília; 2001.
 11. Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2009 dez;30(4):594-601
 12. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Cien Saúde Coletiva. 2010; 15(Sup 1):1521-1531.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Brasília; 2006.

Recebido em: 01/10/2011

Aprovado em: 20/12/2011