

Relato de Experiência

Políticas de saúde um contexto de saberes para o cuidado na estratégia de saúde da família

*Health policies a context of knowledge for care in
the family health strategy - an experience report*

Eulina Patrícia Oliveira Ramos Pires
Maria Andréa Kertész de Souza

RESUMO: Estudo de relato de experiência, das ações cuidativas vivenciadas por enfermeiras na Estratégia de Saúde da Família, cujo objetivo é contribuir no enlace de conhecimentos para o *ser-saber-fazer* profissional no cuidado à saúde da família. Embasado nas políticas de saúde e na contextualização do atendimento proximal à população como princípio integrador do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Relato de Experiência; Estratégia de Saúde da Família; Políticas de Saúde.

ABSTRACT: *Study of experience reports, of care actions experienced by nurses in the Family Health Strategy, which aims to contribute to the linkage of knowledge to the professional be-know-do in the care to the family health. It was grounded in health policies and in the contextualization of the proximal care to the population as an integrating principle of the Unified Health System.*

Keywords: *Experience Report; Family Health Strategy; Health Policies.*

Introdução

O Sistema de Saúde Brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas com vários desafios a serem conquistados. A descrição desses novos avanços referentes à oferta de diversos programas, projetos e políticas vem apresentando resultados inegavelmente surpreendentes à população brasileira; como a evolução das equipes da Estratégia Saúde da Família, Programa Nacional de Imunizações, Sistema Nacional de Transplantes, Programa de Controle de HIV/AIDS, reconhecidos pela OMS. No entanto, os desafios são aqueles referentes aos problemas de implementação, implantação, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo-se crucial o resgate do processo de construção e transformação deste sistema. O SUS, o projeto de maior inclusão social já referido na história do país, representou constitucionalmente uma afirmação política de compromisso do Estado Federal para com os direitos dos cidadãos brasileiros. (Souza & Costa, 2010).

Com a realização da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; em Alma-Ata no Cazaquistão, antiga URSS (1978), tornou-se ponto primordial para a decisão global um plano mundial, cujo compromisso, a participação definitiva dos Estados na saúde do seu povo, na promoção de políticas de saúde, objetivando o bem-estar físico, mental e social, como direitos fundamentais, enfatizando a saúde como meta sociomundial.

Concomitantemente aos fatos mundiais, o Brasil evidencia por exigências coletivas e amadurecimento por mudanças políticas com finalidade de redemocratizar o país, intensificados na década de 80, com as “Diretas Já”, quando os movimentos populares reivindicavam as eleições diretas de um presidente (Tancredo Neves) e no setor da saúde havia exigência ligada a uma atenção abrangente, democrática e igualitária, sendo os atores responsáveis socialmente: intelectuais, lideranças políticas, profissionais da saúde, movimentos estudantis, universitários, movimentos sindicais, em sua maioria, culminando com o desejo de extinção do modelo médico-assistencial privatista; que dominava o momento, para um modelo médico-assistencial preventivista.

Em atmosfera de conflitos sociais, desigualdades, índices elevados de desemprego, aumento do contingente de miseráveis, filas infindáveis a procura de assistência à saúde e insatisfação da população brasileira, ocorre a 8ª Conferência

Nacional de Saúde, no ano de 1986, com número expressivo de populares na função de delegados, com direito a voto, tornando o evento o maior marco histórico da saúde, ponto de partida da Reforma Sanitária Brasileira, sendo discutidos e evidenciados temas como: ampliação do conceito de saúde, um novo sistema nacional de saúde, separação de saúde da previdência, reorientação da política de financiamento para a saúde. (Souza & Costa, 2010). O parecer final da Conferência ficou consolidado como instrumento influenciável as responsabilidades do Estado em garantir o direito à saúde ao povo brasileiro, as condições de acessibilidade a melhoria dos serviços, subsidiando a elaboração da nova Constituição Brasileira de 1988.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu como prioridade um sistema de saúde com atribuições, competências em tripartite, onde a responsabilidade entre União, Estado e Município abraçasse a produção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), intermediando a transformação definitiva para o SUS.

A Constituição de 1988, então, homologa: “A saúde, direito de todos e dever do Estado”, com políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doenças e agravos, havendo a acessibilidade universal e igualitária as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 2006a).

A criação do SUS foi instituída no capítulo II, artigo 198 da Constituição, e relata que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, resultado de uma política social e universalista, tendo como base jurídica a Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, constitucional e infraconstitucional. (Brasil, 2006a).

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, “Lei Orgânica da Saúde”, dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correlatos, mostrando de maneira objetiva os termos do SUS, suas competências e atribuições, assim com as funções da União, dos Estados e Municípios. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe as condições de participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. (Brasil, 2006a). Essas Leis consolidam o papel do Município executor *a priori* das ações de saúde, enfatizando a ampliação do processo de descentralização discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Uma das diretrizes do SUS, a descentralização, tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas governamentais para o envolvimento da transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da União para o Município.

Com o processo de descentralização, procura-se haver envolvimento conjunto com todas as esferas, funcionando no sentido de promover melhoras na vida e saúde da população. No entanto, ocorre um equívoco no repasse financeiro da União para os Estados e Municípios, onde não está sendo administrado com responsabilidade e há ainda uma fiscalização semi-inexistente, causando a não aplicação de uma parte das finanças à saúde; recursos estes destinados, ou melhor, aplicados à contratação e capacitação de recursos humanos, materiais e tecnologias. (Souza & Costa, 2010).

No processo integral da descentralização da saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOB) anos 91, 93 e 96 tiveram grande influência, ao se definir categoricamente as competências, responsabilidades e condições precisas para que Estados e Municípios assumissem a responsabilidade de gestão no SUS. O resultado das pesquisas recentes sobre o processo de descentralização indica na área social, especificando na saúde, o direcionamento das variáveis dos poderes locais terem evidenciado de maneira mais clara pelo (in) sucesso de determinadas políticas, denunciando um grau de autonomia da gestão local. (Souza & Costa, 2010).

Dentre as diretrizes do SUS, o atendimento integral é mais um desafio nos níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária. A continuidade do atendimento e ao cuidado aos usuários em seus diversos níveis não ocorre efetivamente, seja por desinteresse dos profissionais, dificuldades impostas pelas unidades ou por razões adversas, deixando a comunidade sem atenção devida e ausência de seus direitos; os quais estão amparados pela Lei 8.142 de 1990. (Souza & Costa, 2010).

A problematização do SUS é meramente simples: o choque do que é idealizado e o que é realizado, e a descrença da população brasileira, levando milhões a procurar à particularização do atendimento à saúde, por meio de operadores e planos de saúde, com a crença de facilidade de acesso aos mais variados tipos de procedimentos oferecidos. Infelizmente os planos de saúde não oferecem acesso a muitos serviços de média e alta complexidade, como, por exemplo, o transplante de órgãos, o qual é oferecido apenas pela rede SUS. Sendo assim, os usuários de planos de saúde muitas

vezes recorrem ao SUS frente à necessidade de serviços desta natureza. (Souza & Costa, 2010).

Diante do exposto, podemos afirmar que o Sistema Único de Saúde surgiu como um ideário reformador, tendo como princípio fundamental ser um sistema de acesso universal e igualitário a todos, estabelecendo a saúde como um direito de todo cidadão e ampliando a visão de um cuidado à saúde baseada em ações estritamente individuais e curativas para um cuidado coletivo e preventivo.

Nesta compreensão, foi que, no ano de 1991, o então Presidente da República, Fernando Collor, cria o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), considerado naquele momento como um programa especial, sendo vinculado à Fundação Nacional de Saúde, e que mais tarde, no ano de 1993, sofre profundas reformulações, passando definitivamente a ser incorporado ao SUS. (Rouquayrol & Almeida Filho, 2003).

O PACS, desde a sua criação, tinha como finalidade oferecer ações básicas de saúde, por meio de agentes comunitários, às populações urbanas periféricas e rurais, com o intuito de ensinar boas práticas de saúde, capacitando às populações a cuidar da sua saúde, por meio da educação em saúde. Eles seriam os principais elos entre os serviços de saúde e a comunidade. (Rouquayrol & Almeida Filho, 2003).

Baseados nestas transformações e conquistas que representavam os primeiros passos para a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, foi que, em 1994, criou-se pelo Ministério da Saúde o PSF (Programa de Saúde da Família), surgindo como uma nova estratégia de mudança do modelo assistencial, levando a uma reorientação e reordenação do modelo de atenção à saúde, com o objetivo maior de estruturar a prática assistencial, trazendo uma nova dinâmica aos serviços de saúde e favorecendo um maior vínculo relacional com a comunidade. (Nascimento & Nascimento; Crevelim & Peduzzi, 2005).

Após três anos de sua implantação, o PSF foi incorporado ao PACS, e ambos os Programas tornaram-se o principal modelo assistencial de atenção primária à saúde. Na atualidade, o PSF passou a chamar-se Estratégia de Saúde da Família, após reformulações, e este é hoje a primeira porta de entrada ao sistema de saúde, ou melhor, o primeiro nível de atenção à saúde da comunidade.

Assim, Estratégia de Saúde da Família, mas usualmente chamada ESF, visa à atenção à família, ainda que suas ações fragmentem os cuidados à família em Programas, a exemplo Saúde da Criança, Hipertensão, Pré-Natal, e assim, sucessivamente.

Sobre isto, cumpre citar que a compreensão que temos por saúde da família é de uma estratégia cuidativa à saúde das pessoas no desenvolvimento do seu ciclo vital, compreendendo o período de formação de casal até a fase do envelhecimento, no respeito aos seus valores morais e éticos, constituído em sua gênese e no sentimento de pertença que seus membros lhe conferem. Pensar que se sustenta num projeto dinamizador – o SUS –, sistema de valorização de conhecimento que vem sofrendo crescimento expressivo ao longo dos anos, e deve-se consolidar de forma precisa como um modelo de substituição à rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios, de forma a contribuir na produção de resultados positivos na qualidade de vida da população assistida, bem como nos indicadores de saúde.

A ESF operacionaliza as suas funções através de equipe multiprofissional inserida em unidades básicas de saúde, sendo responsável pelo atendimento e acompanhamento de famílias circunscritas e delimitadas por área geográfica. As equipes atuam principalmente com ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação nos processos mais frequentes de doença e agravos à saúde, procurando manter as características pertinentes à saúde da comunidade.

Nesta perspectiva, a ESF busca atender ao indivíduo/família em todas as fases do ciclo vital, por meio de programas específicos preconizados pelo Ministério da Saúde. Dentre estes programas, buscaremos, a partir deste momento, dar foco à última fase do ciclo vital, ou seja, aquela que se refere às pessoas de 60 e mais anos de idade

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso destaca-se hoje em ser prioritário na reorganização do sistema único de saúde, no que se refere ao cuidado à saúde da família, tendo em vista o grande avanço do envelhecimento populacional brasileiro, que exige para esta população cuidados especiais, intensos e desafiantes, pelo desenvolvimento de doenças crônicas, e por apresentarem disfunções variadas nos últimos anos de suas vidas. (Nasri, 2008).

Nas últimas décadas o envelhecimento deixou de ser considerado um fenômeno e passou a ser uma realidade presente na maioria das sociedades e culturas modernas, pois todo o mundo está envelhecendo; e essa realidade passou a existir a partir do momento em que ocorreram mudanças nos indicadores de saúde, mais precisamente com o declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade, com conseqüente aumento da esperança de vida. (Brasil, 2006b).

O envelhecimento, a última fase do ciclo vital do *Ser* humano, fase que está posta desde o momento do nascimento, pois se define, segundo a OPAS, como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (Brasil, 2006b: 8).

No entanto, é salutar considerar que a percepção de envelhecimento é singular a cada indivíduo, e são muitas as tentativas científicas para designá-la, mas, independentemente das diversas conceituações, é mais sábio saber ouvir a pessoa envelhecendo sobre o seu próprio envelhecimento.

Sobre isto, é imprescindível a aceitação de que o atendimento a pessoa idosa na atenção primária, torna-se um desafio constante na atual sociedade e cultura capitalista em que vivemos, pois, moldados para pensar o adulto, poucos conseguem conceber o ser idoso. Assim, não se permitem pensar o contexto familiar e social deste idoso, passando por desconsiderar suas potencialidades, vendo-os a partir de ações assistencialistas direcionadas a patologias como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, mal de Alzheimer, Parkinson, e outros.

No entanto, após o censo de 2000, o Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística (IBGE) descobriu que o Brasil não era mais o “país de jovens”, como até então se acreditava, e passou a ser um país de idosos, constatando que aumentou o número de aposentadorias, o déficit econômico da previdência (INSS) subiu, e o rombo financeiro expandiu escandalosamente. Observou-se também que a longevidade do idoso mudou, desde 1970, e que a população de idoso cresceu em termos proporcionais mais do que qualquer outra faixa etária no Brasil (Brasil, 2002); a sobrevivência até então era no máximo de 70 anos, atualmente essa melhoria de vida passa aos 80 anos. (IBGE, 2010).

O incentivo das autoridades governamentais na diminuição da natalidade, a crise econômico-social que vem assolando o mundo, a competitividade para melhores posições de cargos levam a natalidade a preâmbulos controláveis, tornando o Brasil com pouca idade (500 anos) um país de idosos.

Com toda essa constatação, a estimativa de idosos, segundo dados do IBGE (2000), até 2010, foi de 10% da população total. O censo 2010 contabilizou 190 milhões

de habitantes no Brasil – 10% da população total então se estimam 19 milhões de idosos. Lebrão (2003) previu uma incrementação anual de 500 mil idosos até 2010 chegando a um milhão até 2020. Segundo a OMS, entre 1950 a 2025, a população brasileira de idosos crescerá 16 vezes, enquanto a população geral crescerá cinco vezes, com a probabilidade que em 2025 o Brasil será a 6ª maior população idosa do mundo. (Keller *et al.*, 2008).

As autoridades governamentais viram-se obrigadas pelas circunstâncias a elaborar políticas e programas inerentes à assistência para a saúde do idoso; com o estatuto do idoso; a criação de centros de referência na assistência à saúde do idoso com procedimentos: encaminhamento a internação hospitalar, hospital-dia, ambulatórios específicos, imunização e controle, valorização da autoestima, mutirão para cirurgia de catarata, controle da hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, encaminhamento para tratamento de próstata.

Essas políticas estão conectadas como estímulos as ações intersetoriais, implantação de serviços de assistência domiciliar, promoção do envelhecimento saudável, atenção integrada e integral à saúde do idoso, incentivo à participação social, acolhimento preferencial nas unidades de saúde, manutenção da capacidade funcional, capacitação à assistência às necessidades da saúde do idoso. (Portaria n.º 1395-1999).

Pela baixa funcional, um grande número de idosos apresenta uma ou mais doenças crônicas, a promoção da saúde é uma forma positiva, representando ganhos significativos a sua saúde, beneficiando-se ao extremo das ações de promoção da saúde desenvolvidas através da atenção primária a saúde pelos enfermeiros da ESF, auxiliando na manutenção de sua independência e um envelhecer saudável, assim elevando sua qualidade de vida.

As projeções futuras da população idosa é aumentar mais, e a necessidade emergencial está na manutenção da atenção básica por profissionais capacitados e atualizados na ESF para os idosos de uma comunidade, havendo um apoio integral no conhecimento peculiar individual e familiar.

Desta visão *macro*, estreitamos o olhar para focar as nossas experiências profissionais na ESF, sendo objetivo deste estudo compartilhá-las, e assim, ser contributiva no direcionamento do sucesso do SUS, no cuidado a pessoa idosa em suas potencialidades.

Relato de Experiência

Nosso Caminhar...

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por enfermeiras, no período de 2000-2006; quando da atuação na Estratégia de Saúde da Família, em municípios distintos do centro-sul e sul baiano, tendo as características geográficas: Centro-sul; 195.174 Km² de área total, 5.361 habitantes (IBGE, 2009); e no sul, 417.542 Km² de área total, 26.592 habitantes (IBGE, 2010). Situacionalmente a renda socioeconômica de ambos os municípios (Aiquara e Ituberá) está relacionada à gestão municipal direta, ou seja, servidores públicos, havendo sustentabilidade indireta na região centro-sul com a agropecuária e agricultura familiar, e sul baiano com o extrativismo (cacau, piaçava, seringa, guaraná e pesca).

Nestas regiões foram experienciadas por nós atividades cuidativas diretas às famílias cadastradas em unidade da ESF. A partir das vivências, fomos construindo um *corpus* de saberes, e estes eram registrados em diário de trabalho, constituindo-se numa ferramenta estratégica para avaliação e reavaliação da gestão e assistência às famílias. Esta ferramenta era fomentada através de trocas de experiências entre as autoras, demais profissionais, e, sobretudo, nas políticas de saúde, programas, leis e estatutos, entre outros divulgados pelo Ministério da Saúde, Brasil.

Sobre tais saberes ia-se constituindo, no cotidiano do saber-fazer, os desafios para o *ser*-saber-fazer. Assim, foi buscada uma estratégia de alcance à família para além do pensar compartimentalizado em programas ministeriais, para um agir proximal às famílias no seu território de domínio, de modo que as suas residências se constituíram no espaço de nossa atenção às famílias, sendo elas os sujeitos ativos do processo saúde-doença de nossas ações cuidativas, as quais se constituíam em ações conjuntas de soma de saberes e não de imposição do saber profissional.

Sobre a ESF, vale salientar que a unidade de nosso trabalho era igual a qualquer outra existente no território nacional, com o básico de atendimento, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Assim, tínhamos entre 500 a 700 famílias para atender, com uma equipe multiprofissional, embora a dedicação exclusiva de 40 horas semanais fosse do profissional da área de enfermagem – situação que se reverte num problema de atenção à saúde da população, tão enunciado nas diversas regiões destes muitos *Brasis*. (Brasil, 2006).

Sobre a experiência de cuidado proximal, ou seja, uma metodologia implementada a partir de nossa concepção de cuidado humano, foi uma estratégia que possibilitou o somatório de saberes e a valorização da unidade de ESF como espaço de busca à saúde, de prevenção à doença, de aproximação de saberes humanos. Neste caminhar a ESF era um espaço de troca de saberes e não aquele onde se buscava apenas por atendimentos em serviços de saúde especializados como atendimento médico, enfermagem, odontológico, imunológico, serviços de curativos, e outros.

Assim, o *corpus* de saberes guiou o caminho para a assistência cuidativa às famílias, sendo estes sujeitos ativos do processo de cuidado, situação que ao nosso modo de ver mais se aproxima do instituído pelo SUS quanto à integralidade dos cuidados à saúde das pessoas.

Delimitando a vivência na Estratégia de Saúde da Família – visões intrínsecas do ser cuidador

No âmbito da sociedade, é necessário confirmar o controle social nas ações da gestão pública, na oferta de serviços e das necessidades da população. A atenção básica como forma de cuidados estratégicos proximais precisa correr lado a lado com as dimensões econômicas, educacionais, sociais, políticas, culturais e perceptivas de um povo. Sobre esta última estamos a considerar as motivações, desejos, sentimentos e saberes dos sujeitos do cuidado.

A atenção básica é entendida na perspectiva da rede do sistema SUS como uma estratégia para a reorganização das ações de saúde, capaz de organizar a produção de serviços em sua complexidade, nos diversos setores intercomunicantes, de modo a ampliar aos níveis secundários e terciários. A análise de documentos oficiais de organismos nacionais e internacionais reafirma a importância da atenção básica como ação emergencial, política e social de uma nação. No contexto brasileiro, tal compreensão fez expandir os cuidados à saúde das pessoas, no início da década de 90, com a implantação do Programa de Saúde da Família-PSF, cuja finalidade é reorganizar os serviços básicos de saúde. (Gottens & Pires, 2009).

Tal perspectiva teve como necessidade mudança do paradigma, ou seja, ultrapassar a visão flexneriana, linear, biologicista para o paradigma integrador,

dinâmico, construtivista transcendendo a abordagem curativista, hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades. No entanto, trata-se de um desejo ainda em prática por poucos, a olhar pela própria fragmentação da assistência em saúde em programas, como discorrido em parágrafos precedentes. Além do mais, a educação formadora acadêmica ainda se destaca como bancária, e o profissional de saúde vê-se cuidando de forma parcelada. Sobre isto se assentam nossas inquietações, enquanto profissionais do cuidado, na busca por ultrapassar o pensar fragmentador para o alcance do pensar integrador em nossas ações na ESF, fato que fomos aprendendo a transpor no cotidiano do nosso saber-fazer, de modo a *ser*-saber-fazer, e este se desenrolou a partir da aproximação com os saberes dos sujeitos sociais – as famílias sob os nossos cuidados. Em outras palavras, nossa academia humana. Entenda-se por academia humana os saberes adquiridos através das ações proximais com os saberes ditos populares.

Assim, delinear nossa caminhada é trilhar por caminhos tortuosos de momentos de vitórias e derrotas, descobertas, conquistas, alegrias, tristezas e tantos outros sentimentos vivenciados.

- *O alcance da família*

Os primeiros contatos com as famílias das áreas respectivas, sendo profissionais inquietos para o saber-fazer, trouxeram dúvidas e insegurança para a aproximação com a população local. Assim, emergimos no nosso *ser* interior, a fim de trazer ao *ser* profissional o sujeito sensível de formação humana para complementar o *ser* expressivo, com o pensar fragmentador, de modo a tornarmo-nos sujeitos profissionais proximais às famílias em sua constituição global. Utilizamos da estratégia de confiança mútua; de construção de saberes conjunto, sem a concepção da recriminação aos saberes do outro, ou seja, unimos e adaptamos os saberes profissionais aos saberes populares. Adaptamos as *multiversas* realidades das famílias aos contextos das políticas públicas, no entanto, primando pela primeira.

As estratégias utilizadas para conquistar a confiança das famílias tangenciavam sobre orientações, discussão em grupo, oficinas, para além do atendimento individualizado fechado nas quatro paredes do consultório e/ou no espaço interno da unidade ESF. Estas nos colocavam próximas das pessoas no seu ambiente de vivência, domicílio e comunidade, e permitia-nos construir saberes fomentadores do diagnóstico

situacional da comunidade quanto as suas necessidades de saúde. Porém, tal estratégia tornou-se o diferencial, quando possibilitou, através da curiosidade da comunidade, sua aproximação à unidade de saúde, espaço que foi se constituindo numa extensão dos cuidados domiciliares, os quais eram desenvolvidos no seu espaço de domínio – o domicílio.

Desta aproximação relacional humana, foram se adaptando os saberes profissionais e populares, e estes se conduziam no incentivo pela forma de cuidados com a saúde. Sobre isto, destaca-se que o diagnóstico de maior complexificação identificado assentava-se nas questões de higiene – numa compreensão geral, ou seja, desde os cuidados básicos com o corpo, aos cuidados com o perímetro residencial –, aspectos que envolviam uma série de doenças parasitárias, dermatológicas, bacterianas, virais, entre outras.

A promoção da saúde e bem-estar foi buscada, através de medidas socioeducativas. O enfoque iniciou-se com ações simples, através das crianças, para o alcance de seus pais. Os centros escolares e os professores foram grandes aliados – saúde e educação se complementando e se articulando juntos –, utilizando estratégias como teatralização, feira de saúde, oficinas educativas, e outras. Assim, as famílias eram chamadas a serem agentes participantes e construtores de saberes.

Por outro lado, não se tratou de uma tarefa simples, as realidades de vidas das famílias as deixavam descrentes dos serviços públicos, pois se diziam já “cansadas de promessas eleitoreiras”. E um sistema que não atendia suas necessidades de coleta de lixo, saneamento básico, emprego, profissionais de saúde presentes, e outros. Assim, precisamos de algum tempo para que a confiança nas nossas ações fossem incorporadas pela comunidade para cuidado de si. Trata-se, porém, de um aspecto amplamente discutido na literatura, no que se refere às pessoas se sentirem desrespeitadas e lesadas dos direitos constitucionalmente estabelecidos, a exemplo dos já citados acima.

Outro aspecto vivenciado pela comunidade dizia respeito às dificuldades no controle de patologias, como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Assim, faltava-lhes saberes para o autocuidado, e isto se percebia, dentre outros aspectos, na ausência de profissionais que os cuidassem, de modo a orientá-los ao desenvolvimento da prática da boa saúde. Entenda-se por boa saúde neste texto, aquela que leva em consideração as condições socioeconômicas e educacionais das pessoas e ajusta às suas reais condições.

Sobre este diagnóstico, foi elaborado um plano de trabalho visando ao controle das patologias apresentadas, frente a uma demanda populacional com pessoas de faixas etárias diversificadas, com predomínio de idosos. As estratégias elaboradas estavam embasadas em técnicas socioeducativas, adaptadas às condições socioeconômicas de cada família, por meio de conversas em grupo, oficinas, confecções de cartazes com a comunidade, realização de atividades no dia da hipertensão e diabetes, momento de lazer, com oferecimento de alimentos mais adequados à condição de saúde dos participantes.

Além das estratégias citadas acima, também eram realizadas consultas de enfermagem individuais com avaliação clínica detalhada do usuário, bem como solicitávamos a presença do cuidador-familiar no acompanhamento aos idosos. Neste íterim, reforçávamos as orientações direcionadas aos diversos aspectos voltados aos cuidados à saúde.

Nesta compreensão, as estratégias utilizadas em nosso caminhar no alcance das famílias consolidaram-se através da aproximação humana entre o profissional/família/comunidade, numa relação de aprendizado conjunto, levando ao êxito das ações cuidativas.

- *O aprendizado conjunto*

A diversidade de culturas na população residente nas áreas distintas de atuação na ESF, levou-nos no dia a dia de nossos cuidados as famílias a enfrentar diversas situações, onde cada núcleo familiar deixava perceptível o seu conhecimento popular, que ora favorecia a nossa atuação profissional, ora tornavam-se antagônicos ao nosso saber-fazer científico. Tais aspectos levaram-nos muitas vezes a desempenhar papéis aquém da nossa formação profissional, como conselheiro, psicólogo, pacificador, conciliador, dentre outros, buscando reafirmar os vínculos relacionais com a comunidade no seu contexto socioeconômico-cultural, sobre as nossas ações/estratégias no alcance do bem-estar e melhoria de vida e saúde.

Através das ações profissionais voltadas para as famílias/comunidade, consolidou-se a reciprocidade de diversas culturas e conhecimentos científicos *versus* popular, mesmo diante da fragmentação do modelo de saúde.

- *O desafio da integralidade diante da fragmentação imposta pelo modelo de saúde*

Conforme explanado no decorrer deste estudo, no que se refere ao modelo de saúde anterior à Reforma Sanitária Brasileira, instituía-se a predominância de ações curativistas/hospitalocêntricas, resultando índices elevados de internações hospitalares, o que levava a um gasto orçamentário excessivo. Diante disso, houve a necessidade de se pensar em um novo modelo de saúde, onde se buscasse uma diminuição dos gastos e internações, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida e saúde do cidadão, por meio de medidas de prevenção.

A partir desta nova concepção do modelo de saúde, desenvolveram-se as Estratégias de Saúde da Família, com o intuito de oferecer um cuidado preventivo, direcionado às famílias/comunidade. Assim, como enfermeiras atuando na ESF, percebemos uma lacuna entre o que é preconizado e o que é realizado, tendo em vista que o modelo anterior era direcionado a uma metodologia fragmentadora, e o novo modelo pensado como integrador. Porém, na realidade vivenciada por nós na atuação direta na ESF, observamos uma contradição no que está posto nas políticas de saúde.

Nesta compreensão, a metodologia fragmentadora ainda se faz presente no cuidado preventivo às famílias na ESF, onde o planejamento de atendimento ocorre por meio de demanda organizada e espontânea, através de agendamento prévio, em cronograma estabelecido em programas protocolados. Destacamos neste discurso que o atendimento fragmentado leva os profissionais de enfermagem a atender o indivíduo nos programas específicos, sem, contudo, procurar conhecer mais profundamente o contexto familiar que o circunda. No entanto, como profissionais inquietas, buscávamos conciliar o atendimento e as ações dentro do contexto familiar e coletivo.

Diante dessa fragmentação imposta pelo modelo de saúde, enfrentávamos vários desafios para consolidar a integralidade no cuidado as famílias, sendo um deles a ausência do profissional médico na equipe multiprofissional, durante um período considerável, o que nos trouxe empecilhos no acompanhamento dos usuários, sendo necessário o encaminhamento destes a unidade hospitalar. Outro aspecto relevante refere-se à dificuldade na referência e contrarreferência entre o hospital e a unidade básica de saúde.

Nesta perspectiva da integralidade quanto ao atendimento às famílias, no que se refere às visitas domiciliares, principalmente em zonas rurais, enfrentávamos a ausência de um transporte exclusivo da unidade de ESF, o que dificultava o acompanhamento das famílias, às vezes, sendo necessário utilizar ambulância hospitalar.

Ainda, no que se refere ao atendimento na unidade da ESF para o desenrolar da integralidade, destacamos como mais um desafio o fazer-se compreender as famílias, principalmente as mães, sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos, uma vez que as mesmas desconheciam a filosofia e a natureza deste cuidado profissional, considerando-o como simplesmente uma ação de “levar o filho para pesar”. Diante desse quadro, nós, enquanto enfermeiras, víamos a necessidade de mostrar a essas mães, por meio de orientação, medidas socioeducativas e conscientização, a real finalidade do Programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD) para a promoção da saúde de seus filhos, especialmente nos primeiros anos de vida. Assim, aproveitávamos os encontros para incentivar a imunização, como forma de prevenção às doenças virais e bacterianas muito comuns no período da infância.

Outro aspecto também vivenciado como desafio apresentado para a integralidade do cuidado decorreu do acompanhamento no Programa de Saúde da Mulher, mais especificamente no Pré-natal e no Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino. A resistência das mulheres a procurar tais Programas era comum no início da nossa prática cuidativa. Isso se devia, muitas vezes, à falta de conhecimento quanto à importância do acompanhamento à saúde da mulher. No que diz respeito ao Programa de Pré-natal, elaboramos estratégias com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na busca ativa às mulheres à unidade da ESF, bem como através de orientações e medidas socioeducativas na comunidade, tendo em vista uma demanda de gestantes com faixas etárias diversificadas, com predomínio de adolescentes, o que concorria para o aumento de gravidez de alto risco.

Nesta perspectiva, conseguimos, ainda, conjuntamente com a equipe multiprofissional, aumentar a frequência dessas gestantes na procura e permanência no Programa de Pré-natal, indo ao encontro de uma gravidez segura para o binômio mãe-filho.

Quanto ao Programa de Controle do Câncer Cérvico-uterino, as mulheres enfrentavam barreiras quanto ao conhecimento, tabus, preconceitos, e outros, enraizados pela limitação socioeconômico-educacional, o que nos levou a buscar medidas estratégicas de cunho educacional/cultural como forma de harmonizar conhecimentos

científicos/populares, buscando capacitá-las ao autocuidado – estratégia que alcançou êxito junto às mulheres, aumentando sua busca ao serviço de prevenção do câncer cérvico-uterino, e também de mama – pela medida de orientação de autoexame.

Neste estudo, salientamos a experiência no atendimento/acompanhamento ao idoso na perspectiva da integralidade, tendo em vista ser este o membro do núcleo familiar que mais necessita de atenção, por suas características peculiares, no que se refere à predominância de doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares, demências, e outras, presentes no desenvolvimento do seu processo de envelhecimento. Sendo assim, tornava-se de primordial importância um cuidado mais abrangente a este *ser*, o qual, no contexto de nossa realidade, era esquecido pela maioria de seus familiares, quanto aos cuidados básicos para a manutenção de sua saúde. Nós, enfermeiras, buscamos estratégias, através de atividades de lazer, tais como: jogos recreativos na praça da comunidade, conversas em grupo, promoção de atividades artísticas, passeios ao ar livre, teatros, e outras. Em relação aos idosos dependentes, incentivávamos os ACS e cuidadores a realizar seções de leitura, visitas religiosas, dentre outros.

Nessa faixa etária, através de tais ações, foi possível diminuir sensivelmente a morbi-mortalidade, as complicações decorrentes das patologias crônico-degenerativas e melhorar a qualidade de saúde dos idosos e família.

Embora, alcançado certo êxito, as dificuldades foram um caso a parte, ou seja, uma tarefa árdua e constante para conseguir que a família e comunidade cuidassem da pessoa idosa de forma a atender suas necessidades. Ainda a falta de respaldo encontrado por parte do poder público e da ausência de intersetorialidade, o que nos levou, em muitos momentos, a pensar se iríamos conseguir driblar as adversidades para um cuidado integralizado na ESF.

- *O driblar as adversidades para a integralidade*

Enfim, como visto nos parágrafos precedentes, torna-se redundante repetir o já exposto, pois, ao nosso modo de pensar, as adversidades se mostraram como uma constante, mas não maior que o nosso compromisso pessoal-profissional para a qualidade de cuidados as pessoas.

Assim, as lutas foram batalhas vencidas e a vencer, sobretudo, no dia a dia no contexto da saúde pública.

Por fim, cumpre dizer que a gestão do sistema de saúde precisa perspectivar os sujeitos como coparticipantes de sua execução.

O SUS merece ser respeitado por todos que o praticam, usam e planejam, de forma responsável e resoluto.

Considerações Finais

A atuação profissional na ESF converteu-se num espaço de crescimento e compartilhamento de saberes teórico-prático-metodológico e popular entre os profissionais da equipe e famílias/comunidade, constituindo-se em sentimentos de cumplicidade, responsabilidade, afetividade e apoio mútuo para o cuidado.

A experiência de vivenciar o cuidado à saúde das famílias trouxe-nos um olhar mais ampliado sobre o desafio em que reside o saber-*SER*-fazer Saúde Pública, na perspectiva da ESF.

Cuidar, envolvendo o sistema familiar/indivíduo/comunidade, exige o reconhecimento e a busca pela intersetorialidade entre saúde, educação e demais segmentos em sua múltipla existência, para promover um cuidar-cuidado baseado nos princípios norteadores do SUS.

Nesta perspectiva, destacamos que a EFS ainda não configura como uma gestão de cuidados que tenha a família no âmbito de sua inteireza e globalidade, nos princípios preconizados pelo SUS, no encontro aos direitos constitucionais, ao menos neste se centrou o maior de nossos desafios.

Diante disso, é necessário conhecer a dinâmica familiar para que o cuidado à família em todas as fases do seu ciclo vital possa alcançar sua multidimensionalidade, tornando-se necessário que o profissional, para atuar neste sistema familiar, tenha pleno conhecimento e formação na abordagem de família, e não de doente-doença.

Referências

- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. (2006). *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema de Saúde* (2ª ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Filho, N.A. & Rouquayrol, M.Z. (2003). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI/ Guanabara Koogan.
- Nascimento, M.S. & Nascimento, M.A.A. (2005). Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(2). Rio de Janeiro.
- Crevelim, M.A. & Peduzzi, M. (2005). Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc. Saúde Coletiva*, 10(2). Rio de Janeiro.
- Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico - IBGE. (2011). Recuperado em janeiro, 2011, de < [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).>.
- Lebrão, M.L. (2003). *Saúde, Bem estar e Envelhecimento - SABE*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília.
- Keller *et al.* (2002). Global Survey On Geriatrics. *In: The Medical Curriculum*. Geneva: World Health Organization.
- Brasil, Poder Executivo. (1999). *Portaria nº 1395 de 09/12/1999 Política Nacional do Idoso*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1: 20-4.
- Nasri, Fabio. (2008). O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 6(supl.1), S4-S6. São Paulo.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.º 19).
- Gottems, L.B.D. & Pires, M.R.G.M. (2009). Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc.*, 18(2): 189-98. São Paulo.
- Souza, G.C.A. & Costa, I.C.C. (2010). O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde Soc.*, 19(3): 509-17. São Paulo
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Portaria GM/MS n.º 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)*. Brasília.

Recebido em 26/04/2011

Aceito em 26/05/2011

Eulina Patricia Oliveira Ramos Pires – Enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Professora Auxiliar do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB. Membro da Linha de pesquisa Família em seu Ciclo Vital e do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas-NIEFAM/UESB.

E-mail: eulinapires@gmail.com

Maria Andréa Kertész de Souza – Enfermeira. Especialista em Educação e Cultura Afro-Brasileiras-ODEERE/UESB. Membro da Linha de pesquisa Família em seu Ciclo Vital e do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas – NIEFAM/UESB.

E-mail: kerteszesouza@gmail.com