

**ANNA PAOLA DE CASTRO CORRÊA**

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
OS DILEMAS DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

**BELO HORIZONTE / MG**

**2010**

**ANNA PAOLA DE CASTRO CORRÊA**

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
OS DILEMAS DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

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: Professor Edison José Corrêa

**BELO HORIZONTE / MG**

**2010**

**ANNA PAOLA DE CASTRO CORRÊA**

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
OS DILEMAS DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

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. Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa

Prof. Daniele Falci

Aprovada em Belo Horizonte, 20 de novembro de 2010

E suas grandes mãos seguraram as minhas

Para que meu passo

- meio desequilibrado -

Me levasse,

Aonde eu e minha vontade

- Que é forte como a sua -

Queríamos chegar.

Para Edison José Corrêa

“Alice – Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?”

Gato – Isso depende muito do lugar para onde você quer ir.

Alice – Não me importa muito onde.

Gato – Nesse caso, não importa por qual caminho você vá”.

(Lewis Carroll, Alice no País das Maravilhas, *apud* Tancredi,  
1998)

Dilema: “Situação embaraçosa com duas saídas difíceis ou penosas”

(Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa)

## RESUMO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde impõe a efetiva mudança no modelo de atenção e a legitimação das soluções propostas por um novo paradigma, para os quais contribui a estratégia Saúde da Família. Houve vários avanços nas dimensões político-jurídicas e político-institucionais, mas é na dimensão político-operacional, especialmente no processo de trabalho, que se encontram os maiores desafios e dilemas. O compromisso com a produção do cuidado integral, que focaliza os usuários e suas necessidades, obriga os profissionais envolvidos em Saúde da Família a substituírem microprocessos de trabalho, geralmente centrados na clínica, por processos de trabalho pautados nos valores da interdisciplinaridade, solidariedade, ética e humanização da assistência e cidadania. Como implementar as novas práticas de maneira a garantir à população seu direito de acesso a serviços resolutivos de forma universal, integral e equânime? Rever as bases teóricas do SUS e da atenção básica é instrumentalizar-se para a prática profissional e para a superação das dificuldades do dia-a-dia, contribuindo para a efetiva mudança do modelo assistencial.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família, Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

The process of construction of Brazil's Public Health System – *Sistema Único de Saúde (SUS)* – calls for effective changes in the health care model, including the legitimization of solutions proposed by a new paradigm, to which the “Family Health” strategy is an important contribution. Although many advances have been achieved in the political-legal and political-institutional spheres, serious challenges and dilemmas are still faced in the political-operational dimension, particularly in respect of the work processes. In committing to integral health care – which focuses on the health care system users and their needs – family health professionals must replace their work micro-processes, which are usually restricted to a clinical approach, by practices guided by values such as interdisciplinarity, solidarity, citizenship, and ethical, humanized assistance. How can these new practices be implemented to ensure universal, equal access to resolute, integral health care services? A review of the theoretical basis of *SUS* and its primary health care guidelines can provide valuable tools for professional practice and for overcoming day-to-day difficulties, contributing to effective, positive changes in our country's assistential model.

## SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	8
Justificativa	10
Objetivos	11
Método	12
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS MARCOS FUNDAMENTAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	13
A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SEUS DILEMAS E DESAFIOS	15
O estabelecimento de um novo conceito de saúde	15
O estabelecimento de um novo modelo de atenção	18
A superação dos microprocessos de trabalho e o acolhimento	19
A adstrição da clientela e o território	20
O trabalho em equipe	22
A ética no plano do trabalho diário em Saúde da Família	24
A missão da equipe de Saúde da Família	25
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	30

## INTRODUÇÃO

Saúde nem sempre foi *dever do Estado e direito de todos* (BRASIL, 1988). Até a promulgação da Constituição de 1988, os serviços de saúde no Brasil eram marcados pela exclusão dos mais carentes, denominados “indigentes”, pela limitação aos contribuintes previdenciários, pela desorganização e pela baixa eficiência e efetividade. A saúde era considerada simplesmente como um estado de ausência de doenças. A dicotomia entre curativo e preventivo – com predominância da assistência médica individual – era reforçada.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou, por si só, uma das maiores conquistas do cidadão brasileiro, apesar de todas as críticas – graves ou justas, que recebe – e dos vários aspectos a serem aperfeiçoados. Considerando-se a evolução histórica da saúde no mundo, e os ganhos em cidadania que já se efetivaram no Brasil, podemos verificar que o SUS é um caminho viável para o acesso universal e equânime.

O processo de construção do SUS tem seus limites determinados pela efetiva mudança no modelo de atenção, que ocorre em pelo menos três espaços de transformação: político-jurídico, político-institucional e político-operacional. Embora as dimensões político-jurídicas e político-institucionais sejam necessárias para o funcionamento do sistema de saúde, não são suficientes para garantir a mudança político-operacional ou paradigmática, na qual se inclui o processo de trabalho, que é a verdadeira lacuna para as mudanças em nível mais profundo. A ruptura com o modelo hegemônico depende da legitimação das soluções propostas pelo novo paradigma do SUS – entre elas o Programa Saúde da Família (PSF) – e da conquista de novos adeptos, que as desenvolverão até que novos modelos possam ser produzidos e multiplicados. São os próprios sujeitos sociais envolvidos na assistência, tanto usuários quanto profissionais, os responsáveis por reconhecer a necessidade de romper com o paradigma obsoleto e inadequado, de valores equivocados, atrelado ao modelo flexneriano da formação médica.

Um dos maiores desafios à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no espaço político-operacional é justamente o da organização do processo de trabalho. Na atenção básica, por exemplo, cada centro de saúde ou unidade básica de saúde (UBS) tem especificidades, apresenta problemas cujas soluções podem ser adequadas apenas àquela realidade, não podendo ser reproduzível em outros locais. Ao mesmo tempo, questões relacionadas aos agentes, aos objetivos, aos meios e condições, e aos objetos



de trabalho podem ser comuns, já que a maioria dos centros de saúde está localizada em áreas de grande vulnerabilidade social. As pequenas soluções encontradas no dia-a-dia podem ser respostas a importantes questões. Por isso, o estabelecimento de metas e a avaliação periódica de resultados devem fazer parte da rotina do processo de trabalho na construção do SUS.

Entenderemos que o SUS terá sido plenamente consolidado quando todos estiverem engajados na produção do cuidado na sua visão mais abrangente, que considere todos os aspectos necessários para que haja dignidade humana – nos planos biológico, psicológico, social, espiritual, cultural, econômico – de forma adequada a um novo modelo menos centrado na figura do médico. Será preciso aprender a trabalhar em equipe e multidisciplinarmente, desenvolver ações intersetoriais e interdisciplinares, tendo a atenção básica como foco. Para que tudo isso seja possível é preciso que um novo paradigma seja construído, entendido, aceito, reforçado pela educação permanente em saúde e por novas práticas. Ou essas práticas se consolidam como estratégia de reorientação dos sistemas de saúde, ou o SUS representará somente um tipo de “*apartheid* sanitário” (Paim, 2002, p. 268) focalizado na atenção à população pobre. “Políticas exclusivas para os pobres são políticas pobres.” (Lord Beveridge, 1942, *apud* BRASIL/CONASS, 2004, p.11).

Os estudiosos da Saúde Pública têm o papel fundamental de apontar os caminhos e objetivos a serem alcançados. Rever as bases teóricas do SUS e da atenção básica é instrumentalizar-se para a prática profissional e para a superação das dificuldades do dia-a-dia. Compreender o SUS, a atenção básica e o PSF nos faz acreditar que tudo isso pode ser viável.

Nesse contexto, Faria afirma, em sua introdução à Unidade Didática I, que trata da organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde, no Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF):

Esperamos, a partir dos textos, das atividades, dos vídeos, dos grupos de discussão nos fóruns, das discussões com seus tutores e nos encontros presenciais que compõe esta unidade, proporcionar uma reflexão crítica sobre a organização do trabalho das equipes de Saúde da Família e fornecer elementos para possíveis correções de rumo nesta organização. A expectativa é de que esta unidade possa contribuir para a consolidação de uma mudança real do modelo assistencial em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. (Faria *et al*, 2008, p.6)

Na construção do SUS não há fórmula pronta, mas os fundamentos teóricos precisam ser de conhecimento de todos os sujeitos envolvidos nessa empreitada. Por isso, é altamente recomendado que todos os profissionais que atuam junto ao SUS busquem oportunidades de educação permanente como forma de multiplicar o número de pessoas capazes de contribuir para a superação dos obstáculos que impedem que o SUS seja pleno em seus princípios e diretrizes, todos numa direção única. No momento em que um profissional frequenta uma *Agora* de aprendizado, como o CEABSF, tem a oportunidade de analisar as ações que executa quase que automaticamente, na prática do trabalho em saúde.

A resistência à mudança - apesar da necessidade evidente - faz com que se permaneça estacionado em padrões do velho paradigma e potencializa os entraves aos próprios processos que levariam à reorientação do modelo de atenção. Analisar quais seriam os desdobramentos destas mudanças e propor soluções aos entraves que surgem é avançar em direção ao SUS almejado.

“Conhecer o que de fato fazemos, nos ajudará a sermos melhores”  
(Gadotti, 1966, p.509 *apud* Sousa, 2005)

No setor de saúde, devido a várias especificidades, que serão tratadas ao longo deste trabalho, surgem cotidianamente conflitos e momentos de alta pressão sobre os profissionais. Os problemas podem aparecer inesperadamente, e requerem solução imediata, que depende do perfil do profissional, e a maneira como se relaciona com eles. Os profissionais considerados com perfil adequado para o PSF, além de compreender e se identificar com sua filosofia, tem habilidade em lidar com os imprevistos, com a grande demanda, com a adversidade, ou com os limites que se impõe – de tempo, de recursos, de disponibilidade, da tecnologia, da clínica. Procuram agir com eficácia e eficiência em seu trabalho, procuram o auto-aprimoramento, procuram alternativas criativas aos entraves que surgem, procuram estimular outros sujeitos envolvidos, procuram apoio gerencial ou institucional.

A rotina de imprevistos e desorganização faz com que aqueles profissionais mais combativos adotem a postura de “matar um leão por dia”, conforme a frase popular. Outros, conformados à péssima situação ou paralisados frente aos obstáculos desistem de querer mudar algo. De qualquer maneira, o estresse a que se submetem tem suas conseqüências. Podemos constatar que muitos profissionais, mesmo que por alguns momentos, sentem-se angustiados, frustrados, insatisfeitos, desapontados, ignorando os determinantes de seus erros e acertos. Passam a desejar trabalhos menos desgastantes,

a duvidar da própria vocação, a abandonar as equipes, buscando melhor qualidade de vida. O vínculo frágil e a grande rotatividade de profissionais médicos na Atenção Básica é um dos desafios a serem superados.

Na confusão do dia-a-dia raramente há tempo ou organização suficiente para o planejamento, definição de metas e estratégias e, muito menos, para avaliação dos resultados, que permite que o ciclo se perpetue.

A autora, médica generalista de uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde Lagoa, regional de Venda Nova em Belo Horizonte, no terceiro ano consecutivo acompanhando a mesma comunidade, avalia que os desafios clínicos, na execução da medicina propriamente dita são, em sua maioria, simples. Realizado o diagnóstico situacional (Faria, 2008), percebe-se que, devido ao tempo de convívio razoável, e certa estabilidade da equipe, os grupos operativos – hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças - funcionam adequadamente. Os índices dos indicadores de monitoramento institucional como número de consultas de pré-natal por gestantes, número de idosos e menores de um ano acompanhados, número de hipertensos e diabéticos cadastrados, entre outros, foram ou estão perto de serem alcançados. A grande questão não é mais a gestão clínica, mas identificar aspectos que dificultam que os envolvidos em saúde da família exerçam a clínica de maneira tranqüila, sem estresse, sem a sensação de que o esforço está sendo perdido, e os outros objetivos, mais subjetivos que os indicadores – do acolhimento e humanização, do convívio pacífico, do pleno vínculo, entre outros – estão longe de serem alcançados.

### **Justificativa**

A questão central abordada neste trabalho é: quais são as dificuldades e desafios enfrentados pelo profissional da atenção básica, em relação à organização do processo de trabalho que, se solucionados, poderiam contribuir para a mudança do modelo assistencial?

A reflexão na busca de resposta – considerando-se a rotina do trabalho em atenção básica, linha de frente do SUS – levanta, conseqüentemente, novas indagações. Por que, apesar de bem definido nos âmbitos jurídicos e institucionais, a prática profissional em Programa Saúde da Família é atividade tão complexa, por vezes desgastante? Onde estão localizados os entraves que impedem que os objetivos e metas sejam alcançados? Há propostas para os problemas vividos no dia-a-dia em relação à sobrecarga de trabalho, violência urbana, pouca interação multidisciplinar no trabalho da equipe, etc? Há

um perfil específico para o profissional, uma postura especial a ser adotada? Por que há tanta rotatividade em relação aos profissionais nos centros de saúde, principalmente dos médicos? Que papel tem o interesse pessoal, a dedicação, a postura ética e estética para se alcançarem resultados?

Foi justamente buscando respostas a estas questões que a autora, médica de uma equipe de saúde da família, iniciou o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

Essas questões foram ainda abordadas durante as atividades do CEABSF solicitadas em “Processo de trabalho em saúde” (Faria *et al*, 2008), entre elas, a de realizar o “diagnóstico situacional” (Faria *et al*, 2008, p.28) da comunidade, em que seria necessária a participação de todos os integrantes da equipe de saúde da família. Foi muito interessante identificar elementos da “cultura institucional” e “inércia”, como elementos da “forma de fazer em um determinado sistema, coletividade ou grupo profissional, em um determinado tempo histórico” (Faria *et al*, 2008, p.17). As atividades propostas que envolviam a equipe foram as mais difíceis de serem realizadas, assim como são as ações profissionais que envolvem mais de um elemento da equipe, e que exijam certo grau de organização.

[...] quem muda subverte. Por isso mesmo choca e, invariavelmente, passa a ser alvo de críticas e até de punições. Não há facilidades para quem se lança a este desafio. Suportar as pressões externas-além-das-internas faz parte do intento. Certamente este é o preço a ser pago pela ousadia de ser diferente. Por causa disto, muitos desistem. É que, de um modo geral, não estamos habituados a arcar com o ônus da desobediência. (Rosa, 1998, p.16 *apud* Cristhiane, 2005, p.9)

O presente trabalho procura focalizar os fatores que geram problemas no dia-a-dia do trabalho em saúde da família, seja na relação interpessoal e interprofissional da equipe e com a comunidade, aqui denominados “dilemas”, mas que podem e devem ser gerenciados pela própria equipe de saúde da família com uma dose de planejamento e avaliação dos resultados.

## **Objetivos**

O objetivo geral deste trabalho é identificar e analisar os fatores que implicam na prática profissional em Saúde da Família, considerando a construção e a consolidação do SUS e os entraves e dificuldades, no âmbito político-operacional.

São objetivos específicos: registrar diretrizes para o trabalho profissional da equipe de saúde da família de acordo com princípios do SUS; correlacionar as propostas para o trabalho da equipe de saúde com a vivência prática; sistematizar recomendações para a atuação ética e estética do profissional no Programa Saúde da família.

### **Método**

Do ponto de vista do método, o desenvolvimento desse trabalho envolve pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), como revisão bibliográfica narrativa, utilizando-se os descritores (<http://decs.bvs.br/>): Sistema Único de Saúde, Medicina de Família e Comunidade, Saúde da Família, Programa Saúde da Família.

São também revistas as publicações do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e as referências citadas e recomendadas.

## **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS MARCOS FUNDAMENTAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe consigo a necessidade de se realizarem várias transformações, a fim de configurar-se e definir-se nas dimensões político-jurídicas, político-institucionais e político-operacionais, sem as quais não poderia ser consolidado. Houve vários avanços nas dimensões político-jurídicas e político-institucionais, comprovadas pelas transformações dos meios e estruturas, na descentralização da gestão e na definição das competências dos estados e municípios. É na dimensão político-operacional que se encontram os maiores desafios e dilemas. Como implementar as novas práticas de maneira a garantir à população seu direito de acesso a serviços resolutivos de forma universal, integral e equânime?

O novo modelo de atenção, na dimensão político-operacional, diz respeito à:

[...] existência de serviços de saúde, públicos e privados, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e à forma de produção e distribuição destes serviços, numa relação direta e de reciprocidade com uma dada população definida, em termos de sua necessidade, problemas e demandas de atenção à saúde. (Castro & Westphal, 2001, P.93 *apud* Scherer *et al*, 2005, p.56)

Neste contexto, em 1994, o Ministério da Saúde propõe o Programa Saúde da Família (PSF), que em 1998 é renomeado em Estratégia Saúde da Família, devido ao seu caráter mais definitivo.

Se no primeiro documento ministerial elaborado em 1994 o PSF é entendido como um programa, no referencial que se segue passa a ser considerado uma estratégia para reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais. (Conill, 2008, p.11)

A Saúde da Família, então, é uma estratégia de reorientação dos serviços de saúde que:

[...] propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. (Faria *et al*, 2008, p.34)

A Saúde da Família é operacionalizada a partir do eixo estruturante da Atenção Básica e vincula uma equipe a uma comunidade, onde atua com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, em seu sentido mais amplo. Nesta estratégia, alguns marcos são considerados fundamentais, pois são definidos para orientar a organização das ações que serão desenvolvidas pelas equipes de saúde, entre eles, seu caráter substitutivo, a definição do território, a adscrição da clientela e o trabalho em equipe multiprofissional.

O caráter substitutivo da Saúde da Família se refere á reorientação do modelo de atenção, centrado na vigilância em saúde, como alternativa às práticas convencionais. Implica em ter na Atenção Básica (nível primário) a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado, com referência e contra-referência aos demais níveis do sistema (níveis secundário e terciário) e com controle social. A clientela deverá estabelecerá vínculo com o centro de saúde próximo a sua residência, preferencialmente.

O território deve ser definido enquanto “espaço social” (Faria *et al*, 2008, p.32) comum àquelas pessoas, onde os sujeitos atuam e são submetidos aos mesmos riscos, e não apenas como delimitação geográfica.

Adscrição de clientela significa definir, no território de abrangência, uma população que ficará sob os cuidados de uma equipe de saúde da família.

Em relação ao trabalho multidisciplinar, a equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

## **A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SUAS DIFICULDADES E DESAFIOS**

As mudanças propostas a partir da criação do SUS e da implantação da estratégia Saúde da Família representaram muitas dificuldades e desafios para os profissionais da atenção básica, entre eles, o estabelecimento de um novo conceito de saúde e um novo modelo de atenção, a adscrição da clientela em um determinado território e o trabalho em equipe.

### **O estabelecimento de um novo conceito de saúde**

O SUS direcionou uma mudança em relação ao paradigma que fundamenta esse campo de prática social e técnica. Paradigma na área da saúde pode ser definido como

[...] um conjunto de noções, pressupostos e crenças, relativamente compartilhados por um determinado segmento de sujeitos sociais, que serve de referencial para a ação. (Wall & Carraro, 2009 *apud* Paim & Almeida Filho, 2000, p.30)

A saúde, agora considerada direito de todos, passou a ser entendida em seu conceito mais amplo como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (Organização Mundial de Saúde, *apud* Sá Junior, 2004, p.15).

Bem-estar: “Boa disposição física./conforto” (Dicionário Aurélio, *on-line*).

Esse moderno conceito de saúde aproximou-se da realidade por ser menos utópico, principalmente do ponto de vista médico: compreende como saudáveis aquelas pessoas sem doenças, como também os portadores de doenças crônicas que se encontram bem controlados, sentindo-se bem física, mental e socialmente. Entretanto, permite que surjam novos desafios para os profissionais que trabalham na área da saúde. Como tornar legítimo este conceito para idosos ou portadores de doenças crônicas, acostumados ao antigo conceito? Como contribuir na busca pelo bem-estar, no sentido de satisfação das necessidades, sendo que o ser humano é um eterno insatisfeito?

Freqüentemente, as pessoas associam o uso ou a quantidade de medicamentos que se usa, a fragilidade física, o grau de dependência em relação aos familiares, entre outros, à falta de saúde. Há certa resistência em aceitar que ter saúde é sentir-se bem, com boa disposição. No entanto, sabemos que há uma relação direta entre a idade, a prevalência de comorbidades e o número de medicamentos em uso contínuo. Tomemos para reflexão essa questão da terceira idade.



Em maio de 2003 foi conduzido, em Belo Horizonte e na região metropolitana, um grande inquérito epidemiológico de saúde sobre o uso de medicamentos entre idosos. Esse estudo revelou que “a prevalência estimada do uso de medicamentos na população estudada foi igual a 72,1%. O número médio de medicamentos foi igual a 2,18.” (Loyola Filho *et al*, 2006, p. 2660) E ainda que “o consumo de medicamentos aumentou progressivamente com a idade, em ambos os sexos, alcançando o pico na faixa etária superior.” (idem, p. 2660) Outra conclusão interessante deste mesmo estudo foi da associação positiva entre a maior utilização de medicamentos entre os idosos que consideram sua própria saúde como ruim ou muito ruim e que experimentam problemas crônicos de saúde, e a maior utilização dos serviços de saúde.

Junte-se a isso o fato de que, com a transição demográfica que o país vive e graças ao declínio da mortalidade e à queda da fecundidade, haverá aumento proporcional e absoluto do número de idosos. Poderemos verificar, conseqüentemente, o aumento do número de idosos e entre eles alguns muito idosos, ou seja, com mais de 80 anos. A partir da transição demográfica se concretizará a transição epidemiológica, que “se refere à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorre em conjunto com outras transformações demográficas e sociais” (CHAIMOWICS, 2009, p. 22). Haverá aumento da prevalência e duração das demências e depressão, neoplasias, cardiopatias e diabetes e outras doenças crônicas, osteoartrose e osteoporose, quedas e fraturas, incontinência urinária. Subjetivamente, o idoso pode considerar-se sem saúde, por não conseguir enxergar através de suas doenças.

A equipe de saúde da família convive com este desafio: abordar o idoso e os portadores de doenças crônicas de maneira a motivá-los ao controle de complicações, ao acompanhamento ambulatorial em vez de internações hospitalares, a medidas para a manutenção deste bem-estar. A valorização dos usuários idosos pelas equipes de saúde da família, o fortalecimento do vínculo com a equipe, as atividades em grupos operativos e a abordagem multidisciplinar pode auxiliá-los a aceitar o envelhecer como processo natural e irreversível da vida, aumentando a sensação de bem-estar e de saúde.

Sentir-se bem significa, ainda, condição de satisfação das necessidades. O ser humano, sempre que tem uma necessidade satisfeita, imediatamente cria outra. Esse mecanismo pode ser considerado fundamental para a sua evolução.

Parece ser característica dos humanos mostrarem insatisfeitos; incapazes de completa satisfação e isso, repita-se, tem sido importante componente de sua identidade e de seus mecanismos adaptativos. Porque sempre que o ser humano vê satisfeitas suas necessidades num

momento, no seguinte cria outras. Por isto, tem sido definido como *homo insatisfactus*. (Sá Junior, 2004, p.16)

Na atenção básica, a necessidade aparece, principalmente, sob forma de demanda espontânea, no contato do usuário com o serviço de saúde e seus profissionais, momento de maior estresse no trabalho em Saúde da Família. Estabelecido o vínculo e adscrita a clientela, a integralidade se impõe. Todas as demandas convergirão para a equipe de saúde da família: avaliação de acometimentos agudos e crônicos de saúde, renovação de prescrição de medicamentos, atestados médicos de saúde e doença, relatórios para diversos fins, risco cirúrgico, declarações de moradia, aconselhamentos, encaminhamentos para outros níveis de atenção, além do componente afetivo de subjetividades e simbolismos.

Esta equipe, considerada como porta de entrada aos serviços de saúde, tem como uma de suas maiores dificuldades a de administrar a agenda para atendimento, principalmente para demandas não-programadas da clientela. “Os serviços que não conseguem criar esta agenda, tem se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários”. (Cakkour *et al.*, 1992, *apud* Franco, 2009, p.1)

Este é um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas (Franco, 2009, p.1)

Em locais em que a atenção básica encontra-se pouco estruturada, a demanda espontânea fica perdida em uma espécie de buraco negro, existente entre os níveis primário e secundário de atenção. Os serviços de urgência, organizados segundo o modelo médico-centrado, focados na abordagem curativa das doenças, cujas portas ficam abertas 24 horas por dia, apresentam-se mais atrativos para aquelas pessoas que entendem que sua demanda é urgente e necessitam de atendimento imediato. No entanto, somente são admitidos para atendimento médico nessas unidades de pronto-atendimento, aqueles pacientes que preenchem determinados critérios, segundo o risco de morte. Atualmente, em Belo Horizonte, é utilizado o Protocolo de Manchester para esta classificação. Os que não são absorvidos pela urgência são orientados por profissional de enfermagem, e encaminhados novamente às unidades básicas de saúde. Na maioria das vezes, saem frustrados e insatisfeitos.

Na prática, podemos perceber que o local ideal para o primeiro atendimento da demanda espontânea é, mesmo, o Centro de Saúde. As unidades de urgência, conforme a diretriz estratégica de hierarquização do SUS, precisam organizar seus fluxos e seu processo de

trabalho tendo como principal objetivo dar resposta aos casos mais complexos. O volume de pessoas é grande, mas a maioria apresenta acometimentos de saúde de baixa e média complexidade, perfil adequado para atendimento em nível básico.

Há diversas propostas que pretendem equacionar tal problema; o importante é que cada equipe tente apresentar soluções conforme as necessidades de sua população adscrita. As equipes de saúde da família mais organizadas em suas ações programáticas, que conseguem absorver e responder de maneira eficaz e eficiente a demanda dos chamados casos agudos – superando o desafio da demanda espontânea - estabelecem maior vínculo com sua comunidade.

### **O estabelecimento de um novo modelo de atenção**

Modelo assistencial em saúde é um conjunto de valores, ideais e premissas, coletados de verdades construídas, seja a partir de doutrinas teóricas, seja da experimentação, sempre consoantes com paradigmas contemporâneos – científicos, sociais, institucionais, e outros – que atua como referencial na construção de um sistema de saúde, em todas as suas vertentes e áreas de saber. Um modelo de saúde estabelece diretrizes e posturas a serem seguidas por todos os envolvidos na assistência, para alcançar objetivos universais.

As diretrizes e posturas que configuram o modelo do SUS estão definidas, são uma resposta ou uma alternativa a um modelo em crise.

A história da proposta de organizar serviços orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos. (Conill, 2008, p.13)

O SUS, que pode ser classificado como um sistema nacional de saúde, é representante de um modelo de assistência bastante ousado que contraria a lógica hegemônica do Modelo Liberal Privativista, clínico–biológico–flexneriano, com suas influências mecanicistas, biologistas, individualistas, curativistas e especialistas.

Podemos identificar no modelo brasileiro de atenção, elementos de outros modelos como da medicina preventiva, da saúde comunitária, da saúde coletiva e da promoção da saúde, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação por meio de serviços tanto assistenciais, quanto de vigilância. Suas premissas são sólidas, inquestionáveis, irrevogáveis. Apesar disso, no âmbito operacional, algo impede que sejam seguidas de maneira fluente e espontânea.

Mudar o modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico, requer fundamentalmente interferir nos microprocessos do trabalho em saúde, nas concepções deste mesmo trabalho e construir novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde. (Franco & Merhy, 1999, apud Sherer, 2005)

Transformar profissionais e usuários em produtores do cuidado em saúde parece ser mesmo o maior desafio, evidenciado nos microprocessos de trabalho do cotidiano dos Centros de Saúde.

### **Microprocessos do trabalho em saúde e o acolhimento e a humanização**

O compromisso com a produção do cuidado integral, que focaliza os usuários e suas necessidades, obriga os profissionais envolvidos em Saúde da Família a substituírem microprocessos de trabalho, geralmente centrados na clínica, por processos de trabalho pautados nos valores da interdisciplinaridade, solidariedade, humanização da assistência e cidadania.

[...] quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, em ato. (Merhy, 1998, p.13)

Destacam-se neste novo processo de trabalho o papel do acolhimento, da responsabilização e do vínculo – tecnologias leves de intervenção no arsenal da produção do cuidado que reorientam a postura dos profissionais frente aos usuários, mais adequada ao novo modelo.

A lógica do acolhimento é de simples: todos os usuários devem ser ouvidos com qualidade (escuta qualificada), todas as demandas devem ter resposta adequada ao grau de complexidade, todos os integrantes da equipe devem ser capazes e estar dispostos a acolher. Como diretriz operacional é conceito de fácil compreensão, mas sua construção é bastante complexa. Representa o encontro, nem sempre amistoso, entre o serviço de saúde e os usuários, tendo como linha de frente os próprios profissionais. Na prática pode funcionar como uma trincheira – como as de guerra – onde tanto equipe, quanto usuários, cada um defendendo interesses próprios, podem experimentar momentos bastante estressantes.

Para que todos os usuários sejam ouvidos com qualidade, e devido à necessidade de se realizarem atividades programadas, é preciso que exista dentro da organização do processo de trabalho um momento reservado para esta escuta. Em muitos serviços há o chamado “horário do acolhimento” ou uma “sala de acolhimento” que, contraditoriamente,

transforma uma postura relacional em um intervalo de tempo na agenda de atividades da equipe ou em um espaço físico. Fora desse horário ou desse espaço, o profissional pode se sentir desobrigado da postura acolhedora e o usuário, simplesmente orientado a retornar em horário mais apropriado, pode não ser adequadamente ouvido.

Para que todas as demandas tenham resposta adequada é preciso utilizar fluxos pré-determinados pela equipe. Os usuários acolhidos podem ser atendidos imediatamente ou agendados para consultas médicas ou de enfermagem em outra oportunidade, podem ser encaminhados para a rede de urgência ou para atendimento especializado, podem ser encaminhados para grupos operativos, dependendo das especificidades de cada caso e da organização da equipe. Como o critério para esta seleção é, na maioria dos serviços, determinado pelos profissionais – pela falta de participação efetiva da comunidade – e como a maioria dos usuários ainda ignora as diretrizes operacionais e os princípios do SUS, como o da equidade, muitas vezes a equipe não encontra o apoio dos usuários em suas decisões. Sem legitimidade as decisões são consideradas arbitrárias.

Todos os integrantes da equipe, funcionários administrativos do Centro de Saúde ou porteiros são capazes de acolher, mas usuários, muitas vezes, elegem aqueles pelos quais querem ser ouvidos, geralmente os médicos. A lógica do acolhimento contraria o modelo médico-centrado, mas na prática, até mesmo nas equipes mais organizadas, o acolhimento funciona como uma espécie de triagem, simplesmente determinando a oportunidade em que os pacientes terão o tão almejado acesso ao médico, reforçando esta postura de valorização de apenas um profissional, em detrimento da equipe multidisciplinar. No entanto, devido ao grande volume de pessoas, a maioria dos pacientes não consegue acesso imediato ao médico. Neste momento aceitam ser atendidos por outros membros da equipe, mas não se sentem realmente atendidos e ficam frustrados.

O risco de realizar um acolhimento nesses moldes, com horário pré-estabelecido, triando pacientes para atendimento médico - que atenderá o máximo de pessoas no menor tempo possível - é o de romper o vínculo com a comunidade, comprometer a integralidade e universalidade, diminuir a qualidade do atendimento, desmotivar os profissionais envolvidos, perdendo de vista o novo modelo de atenção.

### **A adscrição da clientela e o território**

A territorialização é um dos pressupostos da organização da atenção básica, mas adquire três sentidos diferentes e complementares:

[...] de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (Pereira, 2006, p.47).

Precisa ser entendido enquanto local onde acontece a construção cotidiana da vida das pessoas. (Faria *et al*, 2008, p.32), “o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada”. (Pereira, 2006, p.48)

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *locus* onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços. (Gondim, 2008, p. 2)

Muitas vezes, na prática do PSF, observa-se uma preocupação gestora e técnica em operacionalizar seu conceito ao definir o território enquanto limite de um conjunto, no qual os elementos não-contidos são automaticamente excluídos, sentido este que compromete a diretriz de universalidade do acesso. A orientação técnico-burocrática é categórica: que as equipes de saúde da família enfoquem suas atividades nas famílias cadastradas pertencentes à área adscrita.

A desagradável exclusão daqueles que não pertencem ao território de abrangência da equipe de Saúde da Família ou do Centro de Saúde existe, e é tanto mais comum quanto maior for a heterogeneidade existente entre as estruturas dos municípios. Muitas vezes, em um mesmo bairro, temos uma realidade em um lado da rua, e do lado oposto, outra. Conill (2008, p.12) aponta a existência da “Lei do cuidado inverso: quanto pior a condição econômica do município pior a cobertura e a qualidade do atendimento.” Naturalmente, usuários de municípios com baixa capacidade operacional, diante da necessidade, irão buscar acesso onde há melhor estrutura.

O dilema está no fato de que considerar o território apenas enquanto espaço geográfico é, indiscutivelmente, um engano, mas fornece ao município argumento à necessidade de administrar seus recursos humanos e materiais de maneira racionada, garantindo acesso, ao menos, às pessoas sob sua adscrição. A equipe de saúde de família lida diariamente com este dilema, sempre com constrangimento, tanto para os profissionais quanto para os usuários. Operacionalmente, precisa estabelecer fluxos para lidar com as demandas desses cidadãos que, na verdade, também têm direitos.

Outra questão a ser analisada também relaciona-se aos conceitos de território e adscrição. A população adscrita em determinado território é de responsabilidade da equipe de Saúde da Família referência, mas, freqüentemente, há disparidade entre a demanda e a oferta de serviços, entre a quantidade de recursos e a quantidade de famílias ou indivíduos adscritos. As regras de adscrição são mais flexíveis hoje, por considerarem a vulnerabilidade social, mas precisam ser aprimoradas. Seus critérios precisam ser melhor estabelecidos, considerando-se outras características populacionais além da classificação por risco social para que, localmente, a proporção entre recursos humanos e materiais e número de usuários sejam mais adequados.

### **O trabalho em equipe**

Entre os vários significados que trabalhar em equipe pode ter, no contexto da Saúde da Família, considera-se uma equipe um:

[...] conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido. (Piancastelli, s.d., p.46)

Em termos mais específicos, o trabalho em equipe pode ser entendido como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador. O principal objetivo do trabalho em equipe na Saúde da Família é “gerenciar o cuidado, em seu nível de atuação, interagindo com os demais níveis, para garantir sua qualidade no que tange a acessibilidade, a eficácia, a eficiência e a oportunidade” (Fekete, 2000, p.51), sem “desconsiderar a otimidade, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade”. (idem, p.56)

O trabalho em equipe configura o maior esforço de rompimento com o modelo hegemônico, desagregado por área de conhecimento, médico-centrado, de busca pela cura, tendo a doença como foco. Franco e Merhy (1999) apontam como uma dificuldade para essa ruptura, em relação ao trabalho em equipe, o fato de que o PSF aposta em uma mudança que se inicia na estrutura, no “desenho sob o qual opera o serviço”, dispositivo pouco potente por ser externo ao cotidiano e aos microprocessos:

[...] o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, no desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência (FRANCO e MERHY, 1999, s.p.)

É impossível analisar o trabalho em equipe sem considerar o processo de trabalho, já que, se não houver uma mínima organização, os objetivos jamais serão alcançados. São

alguns instrumentos fundamentais de organização do processo de trabalho em equipe o planejamento das ações e a avaliação dos resultados.

Em termos muito práticos, considerando o dia-a-dia das equipes e do trabalho em grupo, ainda mais delicado que administrar o processo de trabalho, é administrar as relações e as diferenças interpessoais que podem ser pouco ou bastante significativas como de gênero, etárias, socioeconômicas, hierárquicas. Essas diferenças não precisam, necessariamente, ser eliminadas. Podem e devem ser utilizadas como instrumento de aprendizado mútuo.

O desafio maior, então, é fazer com que um grupo de trabalhadores se transforme, realmente, em equipe de trabalho. Para isso, todos os seus componentes precisam entender como vantajosa a complementaridade, a interdependência e o sinergismo das ações. Precisam estar dispostos a compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e resultados. Devem construir em conjunto um plano de trabalho, definir as responsabilidades coletivas e individuais e avaliar constantemente os resultados.

### **A ética no plano do trabalho diário em saúde da família**

Todas as questões levantadas nessa revisão são bastante representativas no cotidiano da prática profissional em saúde, especificamente em Saúde da Família, devido à grande proximidade e intensidade da relação com os usuários e a dificuldade de estabelecer limites a esta relação, que muitas vezes penetra na intimidade das famílias, ultrapassando o campo biológico ou clínico.

“[...] se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania.” (Zaboli, 2004, p.1690)

A ética, que poderíamos chamar uma ciência das relações, mais especificamente a bioética, que estuda sistematicamente a conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, é sempre um instrumento indispensável, que deve ser utilizado para nortear as condutas no citado “giro ético”. Zaboli (2004) afirma que a bioética tem sido aplicada mais freqüentemente para a reflexão de problemas éticos enfrentados pelos profissionais no nível hospitalar, sendo considerada incompleta no caso da atenção básica.

A sofisticação tecnológica dos hospitais e dos serviços altamente especializados tem sido uma das motivações mais evidentes para o desenvolvimento da bioética, que tem se dedicado mais à reflexão e discussão dos problemas éticos



enfrentados pelos profissionais nesse âmbito da assistência, relegando a atenção básica. (Zaboli, 2004, p.1691)

Incompleta devido às diferenças existentes entre o processo de trabalho em nível hospitalar e da atenção básica, a essência, a frequência e a gravidade dos problemas éticos enfrentados, o impacto e o cenário onde ocorrem as ações e procedimentos oferecidos, os objetivos e seus prazos, entre outras. Por todas essas diferenças, também as soluções, mesmo para situações semelhantes, podem diferir, exigindo ainda mais intuição e bom senso dos profissionais da atenção básica.

Isso parece reforçar a necessidade de uma aguçada sensibilidade e compromisso éticos por parte dos profissionais na atenção básica, pois a efetivação do PSF não se resume a uma nova conformação da equipe ou da unidade básica de saúde. (Zaboli, 2004, p.1697)

Os problemas de ordem ética são bastante prevalentes na prática e a aparente desconexão entre eles permite que se perpetuem e tornem-se cada vez mais prevalentes. No entanto, um estudo de Zaboli e Fortes (2004) que buscava desenhar um perfil dos problemas éticos vivenciados por médicos e enfermeiros das equipes de PSF de São Paulo, permitiu que fossem classificados em três níveis, considerando sua forma de apresentação: problemas éticos na relação com o usuário e a família, problemas éticos na relação da equipe e problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde.

Os problemas éticos apontados parecem confirmar que, na atenção básica, esses são constituídos, de maneira geral, por preocupações do cotidiano, aspectos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária da atenção à saúde e não por situações dilemáticas, merecedoras do destaque midiático, que requerem soluções imediatas, usualmente mais exploradas na literatura bioética. (Zaboli e Fortes, 2004, p.1697)

A atenção básica lida com problemas éticos próprios que são complexos à sua maneira, que colocam em risco principalmente as relações de vínculo que são o cerne do PSF entre profissionais e comunidade, profissionais entre si e os profissionais e instituição. A dificuldade pessoal ou da equipe de saúde da família em solucioná-los, já que o fazem praticamente sozinhos, pela insuficiência dos instrumentos de apoio estrutural (Zaboli, 2004, p.1696), provoca insatisfação, desânimo, evasão de profissionais, como um ciclo vicioso que impede, em última análise, a plena consolidação do modelo de assistência.

### **A missão da equipe de Saúde da Família**

O sucesso de qualquer organização depende do engajamento de seus trabalhadores e para isso é fundamental que todos tenham em mente sua missão, sua visão e seus valores, instrumentos que nortearão a caminhada em direção às metas traçadas.

A definição e formalização da Missão organizacional auxiliam na concentração de esforços para um ponto em comum, na inibição do conflito de propósitos, na alocação de recursos, na definição de cargos, na definição de responsabilidades e tarefas e na definição de objetivos organizacionais. (Tavares, 1991, p. 88; Certo e Peter, 1993, p. 77 *apud* Silva, 2005, p.6)

Conhecer esses parâmetros amplia a perspectiva de sucesso, pois facilita o cálculo do esforço necessário na superação dos obstáculos que sempre existem, principalmente quando se pretende romper com antigos valores e inovar.

No ambiente interno, a definição adequada da Missão auxilia o processo de motivação dos funcionários, direcionando os esforços da instituição em prol da conquista dos objetivos organizacionais e da satisfação das necessidades dos clientes. (Silva, 2005, p.2)

Muitas vezes, os integrantes das equipes de saúde da família desconhecem a essência dos valores que representam, e como planejar o trabalho para alcançar aos objetivos. Ignoram a importância de que seus atos sejam coerentes com o contexto. Não imaginam o tamanho de sua contribuição para o serviço de saúde e para a comunidade. Não acreditam que sua perseverança, seu esforço e seu trabalho responsável representam avanços na busca pelo SUS almejado na medida em que os obstáculos são superados.

“É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde [...]” (Franco e Mehry, 1999, s.p.) Qual seria, então, a missão da equipe de saúde da família, neste contexto?

Em termos gerais, ao falar-se em missão da equipe de saúde da família, podemos traçar um paralelo entre o que disse Freire (1996), sobre a questão estética do trabalho do educador e a questão estética do trabalho do profissional de saúde: o de empenhar-se pela saúde, pela qualidade de vida, por um ambiente e processo de trabalho que tem uma beleza intrínseca, acolhedor, agradável, inspirador de confiança, em que estão todos – gestores, profissionais, comunidade – empenhados na construção de um mundo melhor, mais belo.

[...] “uma rigorosa formação ética ao lado sempre da estética. Decência e boniteza de mãos dadas”. (Freire, 1996, p.36 *apud* Souza, 2005, p.8)

A estética ultrapassa a estrita visão do belo ao propor a construção de um novo mundo, com maior e melhor qualidade de vida, mais justo, mais fraterno, com igualdade e equidade.

Tendo em mente os valores éticos e estéticos, a equipe de saúde da família não somente pode ser capaz de evitar o surgimento de situações embaraçosas como também de

construir estratégias de superação de situações imprevistas e inaceitáveis, mas que se permitem no cotidiano. As soluções envolvem a maturidade pessoal, o aprendizado permanente, a visão dos muitos sujeitos, a solução coletiva e o entorno social. São situações de dilemas, de angústias, de desafios. É o paciente que procura o profissional para “troca de receita”, é o usuário que não tem dinheiro para a compra de um medicamento ou para uma passagem de ônibus, é a criança que busca atendimento estando desacompanhada, ou acompanhada por outro menor. É o paciente portador de sofrimento mental ou idoso que não tem familiar que por ele se responsabilize e administra seu próprio tratamento, é o cidadão com baixa escolaridade que não consegue compreender como utilizar sua medicação é a comunidade oprimida pela guerra entre tráfico e polícia. Por outro lado, é o profissional desinteressado ou sem perfil para as atividades que exerce, com baixa capacidade técnica, ou que está com problemas pessoais e deixa que isso interfira no seu trabalho, é a equipe de saúde da família incompleta, é a violência urbana que ameaça a vida de um profissional.

Tudo o que ocorre entre a equipe de Saúde da Família e os usuários é sempre delicado, sempre exige a postura adequada de ambos. Os conflitos, se não há uma posição crítica e comprometida entre a equipe e a comunidade, podem levar qualquer um dos sujeitos dessa relação às lágrimas ou, no mínimo à perda de confiança mútua e quebra do vínculo.

## CONCLUSÃO

Neste trabalho foram apontados e analisados, conforme revisão de evidências científicas recentes, alguns dos dilemas e desafios enfrentados pelos profissionais da atenção básica, problemas esses que, se solucionados, poderiam contribuir para a almejada consolidação do novo modelo assistencial proposto pelo SUS. O ponto de partida foi a prática diária vivida pela autora, médica em Saúde da Família, para que essa contribuição não se restringisse ao plano conceitual ou teórico.

O objetivo foi alcançado — espera-se —, os dilemas e desafios identificados, analisados à luz dos estudos científicos, mas não se esgotaram, já que outros tantos aspectos conflituosos não foram contemplados no trabalho. Todas as questões levantadas já haviam sido abordadas em trabalhos anteriores publicados por vários autores, de maneira mais específica, e puderam ser então reunidas, na tentativa de esclarecer os motivos pelos quais trabalhar em Saúde da Família é atividade que exige tanto empenho de seus profissionais.

Os obstáculos que se apresentam, especialmente na área de Saúde da Família, são de ordens e governabilidades diferentes. Alguns são relacionados à dificuldade própria de se consolidarem novos paradigmas, como o paradigma do novo conceito de saúde ou do novo modelo de atenção. Outros são relacionados aos marcos fundamentais da estratégia saúde da família, como o ajuste dos microprocessos de trabalho e o conceito de acolhimento e humanização, a adscrição da clientela e do território em um país com realidades vizinhas por vezes tão distintas, as dificuldades de se trabalhar verdadeiramente em equipe. Problemas de ordem ética permeiam todas as dificuldades, deixando claro que, para cumprir a missão a que foi destinado, é necessário que o profissional de saúde supere cada obstáculo sem perder de vista os valores éticos e estéticos.

A autora espera que a sistematização das dificuldades, com sua análise a partir de estudos concisos e seguros, auxilie na construção de novas soluções ou alternativas. No mínimo, que auxilie o profissional a identificar sobre quais problemas tem condições de atuar e de que forma, permitindo que seu trabalho seja mais fértil em resultados positivos e gratificantes. Como habitualmente se apresentam, na prática, de maneira discreta, mas insistente, as dificuldades geram ruído na comunicação entre os profissionais e destes com a comunidade, criando-se verdadeiros obstáculos, quase intransponíveis, que permitem quebra de vínculo, desrespeito, desumanização, violência, insatisfação, em um

ciclo vicioso que desvia o foco daquilo que é realmente importante: a construção do SUS almejado, que permitirá o acesso universal e equânime ao direito à saúde.

Tendo em mente a evolução histórica do SUS, todo o esforço já empregado pelos profissionais que se dedicaram e ainda se dedicam à atenção básica e todos os resultados alcançados – negativos e positivos -, a autora conclui que vale a pena continuar lutando. É importante, no entanto, identificar contra quais problemas lutamos e quais instrumentos nos auxiliarão. As batalhas se estabelecem contra a inércia, que não permite a mudança, contra posturas ultrapassadas, que ainda não se depuraram com os valores éticos e estéticos, contra a desigualdade e a corrupção, que favorece alguns em prejuízo de outros, contra a ignorância que deve ser vencida com a dedicação e o estudo em trabalho, entre outras. As armas são a boa vontade, a coragem, a inteligência, a integridade, o estudo, a solidariedade, os valores humanos, a ética, a estética, as boas relações coletivas, e a educação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre gestão e regionalização do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Brasília: CONASS 2004 (CONASS documenta n.6)

CHAIMOWICZ, F.. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte, Ed. Coopmed, Belo Horizonte, 2009.

COELHO, I. B. **As propostas de modelos alternativos em saúde**. Disponível em < [http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio\\_virtual/bead/imagem/2147.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/modules/biblio_virtual/bead/imagem/2147.pdf) > Acesso em: 11/01/2010

CONILL, E. M. 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** 24 Sup. 1, S7-S27, Rio de Janeiro, 2008.

CORRÊA, E.J; VASCONCELOS, M; LEMOS, S. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Ed. Coopmed, Belo Horizonte, 2009.

FARIA, H *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Unidade Didática I/Módulos 1, Ed. Coopmed, Belo Horizonte, 2008.

FEKETE, M. C. **A qualidade na prestação do cuidado em saúde**. Texto de apoio da Unidade Didática I. Seqüência de atividades I. Belo Horizonte, 2000. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/Texto\\_2.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_2.pdf). Acesso em: 20 out 2010

FRANCO, T; MERHY, E. PSF: **Contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-line. 2009. Disponível em: <HTTP://www.datasus.gov.br/cns/tribuna/PsfTito.htm> Acesso em: 20 out 2010

LOYOLA FILHO, A.I; UCHOA, E; LIMA-COSTA, M.F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 22 (12): 2657-2667, Rio de Janeiro, dez, 2006.

GONDIM, G.M.M.et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. Território, saúde e ambiente, pag.237-255, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. In: CAMPOS, CR; MALTA, DC; REIS, AT; SANTOS, A; MERHY

MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. Ed. Xamã, São Paulo, 1998.

MINAS GERAIS. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina 1 – Análise da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte, 2009.

PEREIRA, M.P; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. *Hygeia Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* 2 (2) p.47-55, jun, 2006.

PIANCASTELLI, C.H; FARIA, H.P; SILVEIRA, M.R. **O trabalho em equipe**. Texto de apoio da Unidade Didática I. Seqüência de atividades I Belo Horizonte, 2000. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/Texto\\_1.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_1.pdf). Acesso em: 20 de out 2010

SÁ JUNIOR, L.S.M. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal Medicina**, CFM, jul/ago/set 2004.

SALM, C. **Privações sociais e gasto público**. *Econômica*, v.5, n.1, 2004. – Disponível em: <http://www.uff.br/revistaeconomica/v5n1/salm.pdf> Acesso em: 20 out 2010

SCHERER, M.D. A; MARINO, S.R. A; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n.16, Fev. 2005.

SILVA, A.J. H; FERREIRA JUNIOR, I; CASTRO, M. **Missão organizacional como instrumento para a formulação de estratégias e obtenção de vantagem competitiva: análise comparativa em instituições financeiras brasileiras**. Disponível em: [http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/IIseminario/gestao/gestao\\_14.pdf](http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/IIseminario/gestao/gestao_14.pdf) acesso em 16 out 2010.

SOUZA, C. **A formação ética e estética em Paulo Freire**. Univove, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.universia.com.br/materia/img/ilustra/2005/ago/artigos/paulofreire.doc> Acesso em: 20 maio 2010

SPINK, M.J.P. Sobre a Possibilidade de Conciliação do Ideal da Integralidade nos cuidados à saúde e a Cacofonia da Demanda. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.18-27, jan-abr, 2007.

TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R. L; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde**. Saúde e Cidadania, livro 2, Fac. de Saúde Pub da Univ. de SP, 1998. – Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_02/index.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/index.html) Acesso em: 20 maio 2010

ZOBOLI, E. L. C. P; FORTES, P. A. de C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno Saúde Pública**, 2004. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf). Acesso em: 19 set 2010.