

TENSÃO ENTRE O MODELO BIOMÉDICO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A VISÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

Tension between the biomedical model and the Family Health Strategy: the health worker's vision

Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo¹, Lúcia Conde de Oliveira²,
Carlos Eduardo Esmeraldo Filho³, Danielly Maia de Queiroz⁴

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar os modelos de atenção existentes na atenção básica e suas repercussões no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no município de Fortaleza-CE, com catorze sujeitos, dentre eles, trabalhadores da saúde, coordenadores e informantes-chave. Para coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada e análise documental, e para análise dos dados, o método de Análise de Conteúdo. Os resultados revelaram a coexistência do modelo biomédico tradicional e da ESF, cujas práticas ainda não correspondem, em sua plenitude, à proposta substitutiva de reorganização do modelo. Diferentemente da percepção dos trabalhadores de saúde, os coordenadores ainda se norteavam por concepções do modelo biomédico tradicional hegemônico, alicerçadas em práticas estritamente assistencialistas. Considera-se que é necessário alinhar essas percepções, para possibilitar novas formas de gestão e de intervenção em saúde, de modo que a organização do processo de trabalho das equipes esteja em consonância com as diretrizes da ESF, permitindo a concretização da longitudinalidade do cuidado e o reordenamento da rede de atenção, funções expressamente assumidas pela atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Our objective is to analyze the models of attention found in basic care and their repercussions on the Family Health Strategy (FHS) work process. This is a qualitative study conducted in the city of Fortaleza, CE, with six FHS health workers, six coordinators of the Family Health Center, and two key informants. For data collection, we used semi-structured interviews and document analysis, and for data analysis, the Content Analysis method. The results reveal the coexistence of the traditional biomedical model and the FHS model, whose practice does not correspond completely to the proposed reorganizational replacement of the model. Unlike the perceptions of health workers, the managers were still guided by concepts from the traditional hegemonic biomedical model, grounded strictly in assistance practices. We believe it is necessary to align these perceptions, to enable new forms of health management and intervention, so that the organization of the team work process is in line with FHS guidelines, allowing the implementation of longitudinal care and the reorganization of the care network, functions expressly assumed by primary care.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Primary Health Care; Unified Health System.

¹ E-mail: geordanyrose@yahoo.com.br.

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Ceará.

³ Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Professor da Fanor/Devry.

⁴ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Professora Substituta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da saúde pública, alguns modelos de atenção à saúde foram construídos com base em duas vertentes principais: uma atrelada ao momento político aliado aos interesses econômicos e ao pensamento dominante da época; a outra, a própria concepção de saúde que, por muitas décadas, restringiu-se à visão biologicista. As limitações advindas do modelo biomédico e os avanços na compreensão do processo saúde-doença, que envolvia os determinantes sociais, foram pontes para a construção de novos modelos mais próximos dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Discutir modelos assistenciais significa avaliar os sistemas de saúde (antigos e atuais), comparando-os e articulando-os aos paradigmas subjacentes à construção desses modelos. Como paradigma, devemos entender o modo de ver os problemas, a visão de mundo, a partir de conceitos, teorias e princípios amplamente aceitos por uma comunidade científica.^{1,2}

Ao resgatarmos a história dos modelos de atenção, podemos identificar que sua origem encontra-se nos movimentos ideológicos da prática médica, especialmente na medicina preventiva e comunitária e no movimento da reforma sanitária brasileira.³ Além dos determinantes históricos, se faz necessária, como aspecto central, a compreensão do que seja o modelo de atenção.

Para Silva Junior e Alves⁴ e Paim,⁵ o conceito de modelos assistenciais ou de atenção é compreendido como associações entre aspectos assistenciais e tecnológicos, que envolvem distintas complexidades de serviços, utilizadas em determinados espaços-populações para organização dos serviços de saúde. Como proposto atualmente, os modelos de atenção devem estar voltados para o enfrentamento das necessidades de saúde, tanto individuais como coletivas, e, assim, devem ser historicamente construídos.

A denominação de modelos tecnoassistenciais se faz por entender que esses sempre estão apoiados, tanto na dimensão tecnológica como na assistencial. No tocante ao aspecto tecnológico, segundo Merhy,⁶ não se trata apenas de equipamentos, definidos por ele como tecnologias duras, mas da associação de outras tecnologias, tais como saberes distintos, interdisciplinares (tecnologias leve-duras) e os aspectos inerentes às relações (tecnologias leves). Esse “arranjo tecnológico” (equipamentos – saberes – dimensão relacional) é um dispositivo destinado a atender às necessidades de saúde da população e será determinado pelo tipo de compreensão do que seja o processo saúde-doença, do que sejam problemas e necessidades de saúde e quais tipos de práticas e saberes são adotados para responder a essas demandas.

Desse modo, o objetivo deste estudo é analisar os modelos de atenção existentes na atenção básica em Fortaleza-CE e suas repercussões no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Nessa ótica, surgem algumas questões norteadoras: Como se deu a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Fortaleza? Como está organizada sua dinâmica de trabalho? O aumento da cobertura foi suficiente? Qual modelo de atenção predomina? Houve reversão das antigas práticas? Que estratégias têm sido desenvolvidas no intuito de gerar mudanças?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico e crítico, de abordagem qualitativa, realizado no município de Fortaleza-CE. Atualmente, Fortaleza é considerada a quinta maior cidade do país com população estimada pelo IBGE de 2.447.409 habitantes, segundo o último censo de 2010. Administrativamente, o município está dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), as quais funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Por meio dessa configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada nas SERs, através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).⁷

A pesquisa foi realizada em seis Centros de Saúde da Família (CSF). Selecionamos, de forma aleatória, um CSF de cada uma das seis SERs do município. Como se trata de um município de grande porte, essa escolha se justifica por contemplar diferentes realidades. Vale ressaltar que Fortaleza passou por dois momentos de implantação do PSF: em 1998, quando foram formadas as primeiras equipes e, em 2006, quando ocorreu concurso público e o número de equipes foi ampliado. Dessa forma, foram sorteadas três unidades com PSF, desde a implantação em 1998, e três com PSF implantado, após o concurso em 2006.

Depois de definidas as unidades de saúde, foi sorteado um trabalhador de saúde lotado em cada unidade, sendo selecionados seis sujeitos dessa categoria. Além disso, foram entrevistados os seis coordenadores e ainda duas informantes-chave (IC) vinculadas à gestão, que participaram ativamente do processo de implantação das primeiras equipes (uma enfermeira IC-A e uma assistente social IC-B). Assim, foram entrevistados catorze sujeitos.

Para a realização das entrevistas, utilizamos um roteiro que contemplou questões referentes ao objeto em estudo, as quais permitiram suscitar discussões e reflexões com base nas experiências vivenciadas pelos sujeitos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Além das entrevistas, realizamos análise documental, sendo acessados os seguintes documentos: Proposta para implantação do Programa Saúde da Família – 1997; Relatórios de Gestão de 2005 e de 2006; Plano Municipal de Saúde do Município de 2006 – 2009.

Como técnica complementar, trabalhamos com a observação simples, com a finalidade de enriquecer a análise. Observamos a dinâmica do serviço e nele as práticas desenvolvidas, as relações transcorridas no cotidiano daquelas unidades e a forma de organização predominante. Essa observação teve o intuito de facilitar a interpretação das falas dos sujeitos e dos dados contidos nos documentos. As observações, inquietações e reflexões foram registradas no diário de campo.

Para a análise do material empírico, optamos por uma aproximação com a Análise de Conteúdo, numa perspectiva crítica e reflexiva, conforme a proposta operativa de Minayo.⁸ Portanto, preocupamo-nos não somente com a análise da essência do texto, mas também de como se constroem socialmente as discussões sobre as diferentes facetas do objeto em estudo.

Seguimos, então, as seguintes etapas propostas por Minayo:⁸ ordenação, classificação e análise final dos dados. Nessa primeira etapa, mantivemos um contato, tanto com as entrevistas, quanto com os documentos selecionados para análise. Após a transcrição das entrevistas, procuramos organizar e classificar os relatos em determinada ordem, e obtivemos um mapa horizontal do material empírico coletado no campo de estudo. Num segundo momento, procedemos à leitura exaustiva do material, no qual registramos nossas primeiras impressões. Em seguida, estabelecemos a síntese horizontal e vertical dos depoimentos e a construção dos núcleos de sentido, e nesses consideramos as convergências, as divergências e as complementaridades existentes nas ideias de cada entrevistado.

Concluído esse processo, realizamos a análise final dos dados com base nas contribuições de alguns teóricos e nos documentos selecionados. Tendo como ponto de partida o confronto das ideias entre as entrevistas dos diferentes grupos e a análise dos documentos, emergiram algumas categorias, entre elas: a Estratégia Saúde da Família em Fortaleza e as perspectivas de mudanças do modelo assistencial.

Considerando o estabelecido pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde,⁹ obedecemos os critérios éticos de maneira que a coleta de dados ocorreu após terem sido prestados esclarecimentos acerca do propósito da pesquisa e da conduta ética adotada pela pesquisadora, inclusive para resguardar a privacidade e assegurar total anonimato aos informantes, tarefa

realizada com o auxílio do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, e aprovada conforme processo nº 075343770, folha de rosto 179615.

A Estratégia Saúde da Família e as perspectivas de mudanças do modelo assistencial

O modelo biomédico hegemônico em Fortaleza começa a ser tensionado com a implantação do PSF, em 1999. Contudo, essa tensão não tem maiores repercussões em virtude da pequena cobertura deste programa, de apenas, aproximadamente 15% da população, em média com 100 equipes de PSF com vínculos trabalhistas precários e alta rotatividade entre os trabalhadores de saúde. Todavia, em 2005, depois de uma mudança na direção política do município, a nova gestão da SMS tomou a decisão política de reorientar o modelo de atenção à saúde da população de Fortaleza, priorizando a estratégia do PSF e decidindo realizar concurso público.

Após o referido concurso, foram convocados, em agosto de 2006, 850 novos profissionais, entre eles, 300 médicos, 300 enfermeiros e 250 dentistas para formarem as equipes de saúde da família. Desse modo, ampliou-se a cobertura de 15% para 43,44% com vistas a atuarem sob esse novo modelo de saúde. Esse salto correspondeu a um avanço na reestruturação da atenção básica, colocando-a como prioridade na política de saúde da gestão municipal.

De acordo com o relatório de gestão de 2006, o intuito era formar 460 equipes no período de 2005 a 2008. Entretanto, isso não foi concretizado e, no final da gestão, permaneciam as 304 equipes convocadas em 2006. Não se trata, porém, de 304 novas equipes, porquanto, em julho de 2006, já existiam 102 equipes.⁷

Para contextualizar melhor esse cenário de transição de modelos, é importante destacar que as unidades básicas de saúde de Fortaleza já atuavam com profissionais de saúde, mas não na perspectiva do novo modelo assistencial. A maioria dessas unidades, que passaram a ser denominadas de CSF, contava com médicos especialistas, generalistas, enfermeiros, dentistas, ainda centrados na lógica do modelo flexneriano. Dessa forma, embora se ampliassem as equipes de PSF nos CSF continuaram os profissionais antigos com carga horária de vinte horas semanais.

Nesse aspecto, os discursos convergiram no sentido de afirmar a coexistência de dois modelos de atenção à saúde na atenção básica de Fortaleza, como se pode observar:

Infelizmente ainda é a história do médico, centrada ainda na doença [...] é um mesclado [...] é uma mistura de, da

estratégia de saúde da família com o modelo antigo, centrado na cura, na medicalização, então a gente ainda está engatinhando (ENT 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS).

O depoimento, a seguir, além de expressar a existência de dois modelos, destaca a disputa entre essas concepções e práticas, a qual pode ser interpretada como uma busca pela conquista da hegemonia:

Aqui existem dois modelos e eu acredito que estejam assim de níveis iguais, o modelo padrão brigando pra continuar sendo modelo padrão, e nós do PSF brigando pra implantarmos o PSF. É uma briga constante aqui, é uma briga constante (ENT. 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS).

A que modelos eles se referem? Ao modelo hegemônico, médico-centrado, focado na doença, na cura, no biológico, dissociado do contexto social. E a tentativa de inserir o novo modelo assistencial, representado pelo PSF, contra-hegemônico, substitutivo, que não desconsidera a cura, mas tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, com ênfase na família e na comunidade. Privilegia como referência os determinantes sociais do processo saúde-doença. Contudo, como aponta uma das falas, ocorre a competitividade entre eles, como se um excluísse o outro.

Essa dualidade opera no nível macro, ou seja, no âmbito do Sistema Municipal de Saúde como um todo, muito comum nas grandes capitais como Fortaleza, que não conseguiram universalizar o PSF, e a coexistência entre os sistemas de saúde público e privado que exercem certo tipo de competitividade. Mas também, os dois modelos estão fortemente inseridos no mesmo espaço físico, no campo micro das relações, algo restrito aos Centros de Saúde.

Para Silva Junior,¹⁰ embora nos discursos oficiais se fale da expansão da universalidade do acesso, através dos programas estratégicos, como medicina comunitária e o PSF, na prática ainda se mantém a dualidade do sistema no qual, de um lado, se tem a assistência básica mediante oferta de “cuidados primários” utilizada pelas classes sociais excluídas e, de outro, a medicina flexneriana, para quem pode pagar por ela.

Na ótica de Campos,¹¹ corroborado por Silva Junior,¹⁰ o modelo de saúde brasileiro é considerado híbrido, por agregar uma combinação de dois modelos: o tradicional, centrado no indivíduo e na doença, e novas alternativas de modelos de atenção. Seguindo esse mesmo pensamento, Paim⁵ afirma que o Brasil convive seja de forma contraditória ou complementar com dois modelos: o médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitário.

Ainda sobre essa discussão da coexistência de dois modelos, para Mendes,¹² o PSF passa por quatro momentos distintos de transição: inicial, intermediária, terminal e de consolidação. Esses se caracterizam horizontalmente pela cobertura populacional e verticalmente pelo grau de institucionalização do PSF em diversos espaços sociais, entendidos como espaços políticos, dos serviços de saúde, educacional, corporativo e representação populacional. Em todos eles haverá a convivência dos modelos convencional e do PSF, mas na transição inicial e intermediária, o convencional é nitidamente hegemônico; na terminal, há uma crise na hegemonia e na consolidação do PSF, o saúde da família se torna hegemônico.

No modelo analítico proposto por Mendes,¹² o momento de transição inicial se caracteriza por uma cobertura populacional de 10 a 25%; nele quase não há sustentabilidade, é grande a instabilidade e quase inexistente a institucionalização. Seria o “PSF sem PSF”. Na transição intermediária, a cobertura populacional é de 25 a 50%, portanto, nível baixo de institucionalização e pouca sustentabilidade; na transição terminal, a cobertura está entre 50 e 70%, o grau de institucionalização é significativo, a sustentabilidade começa a aparecer e se tornar efetiva e, por fim, a consolidação do PSF, quando a cobertura está acima de 70%, com definitiva institucionalização, onde a sustentabilidade se firma, se cristaliza.

De acordo com esse modelo analítico, Fortaleza encontra-se no momento de transição intermediária, tanto do ponto de vista horizontal como do vertical. No primeiro, por deter uma cobertura inferior a 50%. No segundo, por ainda deter um nível baixo de institucionalização nos espaços sociais.

No espaço político, a estratégia está presente no discurso e na vontade política, mas não o suficiente a ponto de se inserir de forma efetiva nas práticas das equipes. Da nossa ótica, um dos motivos atribuídos a essa insuficiência se deve ao desconhecimento por parte dos antigos funcionários dos princípios do PSF e à resistência dos outros modelos já existentes, conforme aponta o discurso a seguir:

[...] realmente eu acho que elas não entendem, assim, os funcionários não estão ainda muito capacitados pra isso, então, assim, tem muito paciente que chega aí que eles pedem pra atender que não está bem assim dentro da filosofia, às vezes mistura o tipo de atendimento, eles ainda não estão muito bem capacitados não, realmente é uma falha (ENT 5, MÉDICO, GRUPO TS).

Além do desconhecimento dos trabalhadores sobre o PSF, que se reflete diretamente no processo de trabalho

das equipes, podemos destacar alguns obstáculos locais encontrados nesse processo, de acordo com os quais, embora a gestão municipal tenha adotado a ESF como prioridade, in loco, as dificuldades ainda permeiam as práticas, contrariando a operacionalização do PSF, tais como: modelos e pensamentos diferentes, falta de apoio da gestão, população ainda dominada pelo curativismo. Enfim, não se trata apenas de implantar novas equipes, mas de levá-las a práticas efetivamente voltadas para o PSF e que as novas práticas sejam discutidas com a população. Segundo compreendemos, o espaço político vai muito além da decisão política municipal, porém também envolve a forma como ocorrem essas relações no âmbito local.

Na dimensão educacional, existe um esforço em avançar nesse sentido. A gestão implantou o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE). Significa transformar os serviços em espaços de aprendizagem. Nesse sentido, várias instituições educacionais estão envolvidas e comprometidas com a mudança de modelo, inclusive com mudanças curriculares de forma a atender a essas novas demandas e capacitar os profissionais da rede, ofertando-lhes residências e especializações e colaborando com a educação permanente. O depoimento a seguir mostra claramente o fortalecimento desse espaço:

Olha, todo mundo está muito feliz, principalmente o pessoal do nível superior, porque ele tem oferecido cursos, especialização, o pessoal de 20 horas está fazendo a especialização pra PSF, pra conhecer, pra ver a mudança (ENT 12, ENFERMEIRA, GRUPO COORD).

Nesta fala, é visível a satisfação dos pesquisados com o investimento da gestão na formação e capacitação dos profissionais da atenção básica, envolvendo até mesmo os profissionais que trabalham no regime de 20h/semanal. A nosso ver, ao se tentar mudar o perfil desses trabalhadores, teremos a médio e longo prazo, repercussão na mudança de modelo.

A necessidade de mudança na percepção sobre o modelo de atenção não diz respeito apenas aos trabalhadores de saúde, mas envolve também a percepção dos usuários. Conforme os entrevistados, ainda está enraizada nos usuários a cultura do imediato, da resolubilidade da queixa, da cura, da especialidade, do exame, enfim, ainda não se percebem como sujeitos corresponsáveis pela sua saúde, como podemos observar no relato:

A população ainda não entende, ainda vê que a unidade de saúde é só pra ela vir e ser atendida assim só da sua doença sem ter ainda a prevenção, a gente está vendo se a gente consegue fazer com que a comunidade entenda isso [...] (ENT

9, ENFERMEIRA, GRUPO COORD).

Portanto, nesse espaço sobressai a dificuldade dos usuários sobre essa mudança de modelo, já que sempre foram culturalmente acostumados a procurarem as unidades básicas apenas em situação de adoecimento, transformando esses espaços em unidades da doença, e não da promoção da saúde.

Também foram apontados problemas relacionados à compreensão do usuário quando da coexistência desses modelos e da nova perspectiva, conforme mostra o discurso:

Eu acho que o grande problema hoje que eu percebo é exatamente isso, na cabeça do usuário você manter dentro da mesma unidade dois modelos, eles próprios não entendem por que que aquele profissional está o dia inteiro e atende só aquela área [...] e o outro só atende meio expediente que é o profissional de 20h e que atende a demanda espontânea [...] acho que esse é o grande nó (ENT 8, DENTISTA, GRUPO COORD).

O fato de haver dois modelos dentro do mesmo espaço, e predominantemente o biomédico, só contribui para fortalecer e alimentar a cultura segundo a qual a maioria dos usuários ainda tem de buscar assistência apenas quando doentes, visando unicamente resolver aquela queixa de maneira pontual. Dessa forma, resulta numa supervalorização no atendimento clínico em detrimento das outras ações. Caracteriza-se, assim, uma forte limitação nas ações de APS, tendo em vista que somente a clínica não garante impacto nas condições de saúde da população.

Consoante Andrade,¹³ é necessário um modelo de atenção à saúde que se processe sob outra lógica: a de compreender o sujeito dentro de uma perspectiva holística, que substitua as práticas fragmentadas, fortalecidas pela supervalorização da especialização. Este novo enfoque requer ações mais globais e humanizadas.

Além da baixa cobertura do PSF de Fortaleza, até meados de 2005, havia vários programas, tais como: o Programa Saúde da Família (PSF); a Unidade Padrão, que tinha como proposta reorganizar as unidades básicas que não tinham equipes de PSF, de maneira a modernizar a atenção; o Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS), implantado em 2002 e destinado a reestruturar o atendimento às mulheres, crianças e adolescentes de zero a 14 anos; e o Programa Saúde do Escolar (PSE), com equipes exclusivas para atender os alunos das escolas e creches municipais da área de abrangência da unidade. Esses programas atuavam de forma fragmentada e desarticulada dentro de um mesmo território.¹⁴ A coexistência da multiplicidade

desses programas contribuiu mais ainda para o enfraquecimento do PSF como modelo. Ademais, até 2004, não havia sido implantada nenhuma equipe de saúde bucal nas 100 equipes de saúde da família presentes em 27 unidades básicas de saúde.^{15,16}

Mesmo com o aumento do número de equipes de saúde da família, o SMS de Fortaleza ainda precisa avançar de forma estratégica, pois mesmo ampliando a cobertura para 43,44% com 304 equipes, continua insuficiente. Vejamos, por exemplo, a título de comparação, Belo Horizonte, com uma população um pouco menor que Fortaleza, possui 141 unidades básicas/centros de saúde e 485 equipes de saúde da família.^{7,15,16}

Conforme podemos observar, não há uma sintonia entre o pensamento e a dinâmica de trabalho dos antigos e dos novos trabalhadores, que atuam nas unidades de saúde de Fortaleza. Esse processo pode ser entendido como consequência da não preparação inicial da rede para receber a “mudança” por parte da gestão, principalmente nas unidades onde inexisteriam equipes de PSF, como mostra o discurso a seguir:

Olha, o que eu pude sentir na nossa chegada, os profissionais que estavam aqui na unidade eles não estavam preparados para nos receber [...] então a nossa chegada causou um grande reboliço. Porque não foi explicado nem para os funcionários, nem de nível superior, nem de nível médio, o que seria o Programa Saúde da Família, qual seria a nossa função, o que o programa traria para essa comunidade, o que nós vamos assistir, então causou assim muito desconforto (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS).

Embora, como proposto por Mendes,¹ todas as mudanças exijam processos lentos e de longa maturação em que o velho se mistura com o novo, acreditamos que, no mínimo, deveria ter havido uma sensibilização desses antigos funcionários para a importância desse novo modelo.

No tocante aos novos profissionais contratados para trabalhar no PSF, muitos deles já tinham conhecimento e vivência no PSF em diferentes municípios do interior do Ceará. Essas experiências propiciaram um senso crítico tanto em relação às próprias concepções acerca dos modelos, como também em relação às dificuldades ocasionadas pela dualidade do sistema, a qual poderia ter sido, se não evitada, pelo menos minimizada. Por conta desse senso crítico, essas questões mostraram-se de forma muito mais contundente nas falas dos trabalhadores do que nas dos coordenadores. Estes, diferentemente daqueles, em sua grande maioria, não tinham experiência com a ESF e alguns sequer souberam apontar diferenças nessas duas formas de fazer saúde.

Outro aspecto essencial nessa discussão é a forma de organização da demanda na unidade, e o fato de não haver equipes de saúde da família suficientes para cobertura de toda a população. Essa realidade acaba se tornando mais um argumento para a coexistência de dois modelos. Na fala a seguir, a entrevistada aponta a presença de uma demanda espontânea, das áreas descobertas, típica do modelo flexneriano:

A gente convive com dois modelos. A gente tem aqui o PSF, e a gente tem profissionais também especializados [...]. Mas, como a população dessa unidade é muito grande, a gente acaba atendendo a uma demanda que não é do PSF, é uma demanda espontânea que chega à unidade. Então na realidade o PSF, como manda os moldes do figurino, a gente não faz (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS).

Nesta fala, a entrevistada menciona a convivência de dois modelos de atenção nessa unidade: o PSF, do qual ela faz parte, e o das especialidades. O PSF trabalha com demanda organizada, com área adscrita, por ciclos de vida, enquanto o modelo convencional atende demanda espontânea, das áreas descobertas. Porém, como existe uma demanda muito grande nessa unidade, todos os profissionais acabam por realizar atendimento voltado para demanda espontânea, a qual, além de não fortalecer o vínculo, representa a reprodução das práticas tradicionais.

Segundo Paim,⁵ os modelos podem estar direcionados, tanto para a demanda espontânea (modelo médico hegemônico), como para as necessidades de saúde identificadas, a partir do conhecimento do território e dos problemas de saúde ali existentes. Isso não significa que a demanda espontânea não seja uma necessidade de saúde, mas essa procura pelo serviço de saúde só ocorre quando da presença de algum sinal de adoecimento. Contudo, não deve ser o eixo estruturante da organização do serviço, e sim as necessidades de saúde e o perfil epidemiológico daquele território. Esta última beneficia as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e propicia ao profissional de saúde uma visão mais ampliada da família, porquanto trabalha com base territorial e perfil epidemiológico.

Outros autores, como Cecílio,¹⁷ também trazem essa importante diferença conceitual, complementando o pensamento referente às diferenças entre demanda e necessidade. A demanda é a necessidade expressa pelo usuário e se caracteriza por ser moldada pela oferta. Ou seja, o usuário chega ao serviço com uma queixa – a demanda – que é relacionada a uma oferta do serviço (medicamentos, consultas, exames, entre outros). Dessa forma, a necessidade vai além da demanda, e os profissionais precisam

realmente escutar os usuários com vistas a captarem suas necessidades. Para Stotz,¹⁸ as necessidades podem ou não se transformar em demandas. Mattos¹⁹ acrescenta que os serviços não podem estar organizados para atender somente à doença, como ocorre na demanda espontânea, mas também às necessidades de saúde, as quais, muitas vezes, extrapolam os limites do setor saúde.

Em outro trecho da fala, conforme identificamos, a forma de lotação dos profissionais das primeiras equipes, em 1999, seguiu uma lógica diferente, como mostra o depoimento a seguir:

[...] cada unidade de saúde que foi contemplada com o PSF era só saúde da família, não havia dois modelos trabalhando no mesmo espaço de cada regional (ENT 2, DENTISTA, GRUPO COORD).

Segundo relatou esta entrevistada, que participou do processo de implantação das primeiras equipes, em 1999, e atualmente, está como coordenadora de um determinado CSF, na época não houve problemas dessa natureza porque as unidades de PSF eram só de PSF. Não havia, para ela, disputa de espaço, de modelo. Nesse sentido, a convivência desses dois modelos, com filosofias diferentes, associada à ausência de preparação dos profissionais do antigo modelo, tem motivado conflito e trazido dificuldades na implementação da ESF, já que esta se propõe a reverter o modelo assistencial e gerar mudança nas práticas.

Não se trata apenas de uma forma de organizar ou administrar os serviços de saúde, mas sim de fortalecer as relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários), que são mediadas por tecnologias (materiais ou não) utilizadas no processo de trabalho de saúde com o objetivo de intervir na saúde da população. Não deve ser burocrático, nem normativo, nem padrão, e sim uma forma de orientar a ação.^{3,20}

Em outro momento da entrevista, mas ainda abordando a questão referente aos modelos, dessa vez sob a ótica das diferenças entre o modelo hegemônico e o novo modelo assistencial (PSF), os discursos dos sujeitos convergiram quanto aos principais elementos diferenciadores:

O vínculo, o compromisso, o conhecer a família, a mudança do usuário no sentido de saúde, de mostrar aquele compromisso com o paciente [...] que apesar de ter médicos antigos que tem esse vínculo com os pacientes que estão todo mês aqui, o PSF ele está mais inserido (ENT 12, ENFERMEIRA, GRUPO COORD).

De forma geral, os discursos apontaram as mesmas

diferenças. Para os entrevistados, o novo modelo assistencial apresenta como características a efetivação do princípio da integralidade expresso na não fragmentação do indivíduo, na inserção deste no contexto da família, da comunidade e, portanto, de uma realidade epidemiológica e social específica. Significa, pois, atendimento personalizado, compromisso, fortalecimento do vínculo, capacidade de gerar mudança na percepção de saúde do usuário, promovendo autonomia e responsabilização e a responsabilidade sanitária.

Não pretendemos com este estudo propor um modelo de PSF ideal, pois, como sabemos, a construção dos modelos de atenção à saúde constitui um processo inacabado, dinâmico e permanente, em consonância com as particularidades de cada realidade. Mas, a partir do seu território e das suas especificidades, é possível construir o “seu PSF”, sem perder de vista os seus princípios organizativos. Trazer essa reflexão é uma ponte capaz de conduzir a mudanças no processo de trabalho das equipes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão trazida por este artigo teve a pretensão de apresentar os dilemas e desafios da implantação da estratégia saúde da família, que busca reorientar o modelo de atenção do sistema público de saúde. Entre os desafios, identificamos a coexistência de duas lógicas distintas de organizar a atenção básica em um mesmo contexto. Os dois modelos acabam concorrendo entre si e dificultando a mudança cultural, tanto de trabalhadores de saúde quanto de usuários.

Na fala dos entrevistados, identificamos tentativas de mudança no modelo de atenção. Todavia, as transformações ainda são pontuais, haja vista a complexidade de se mudar modelos fortemente arraigados. Ainda nos deparamos com práticas tradicionais e a supervalorização do atendimento clínico. Entretanto, ressaltamos o avanço na realização do concurso público, com consequente implantação de 304 equipes, reorganizando o serviço a partir da atenção básica, na tentativa de reorientação do modelo assistencial. Contudo, como só há cobertura de 43% da população, ocorre um limite à hegemonia da ESF. Essa baixa cobertura da população é outro grande desafio para consolidação da estratégia saúde da família, o que reforça a ênfase no modelo tradicional centrado na demanda espontânea e na queixa conduta. Portanto, nessa conjuntura, sua consolidação é um grande desafio.

Ainda como o estudo apontou, a atenção básica em Fortaleza continua muito voltada para a demanda espontânea. Isso representa, em termos teóricos, o desenho de um modelo curativista. Apesar do aumento de cobertura

do PSF, em 2006, não se concretizou a mudança de modelo, pois o processo de transição é muito incipiente. Fazer PSF, segundo o previsto pelos formuladores do programa tem sido uma luta entre o discurso e as ações efetivamente realizadas, às quais, muitas vezes, acabam por reproduzir antigas práticas. Na verdade, é uma luta pela implantação do PSF.

Diante das especificidades de cada realidade social onde esses modelos se inserem, não se pode pensar em modelo assistencial como uma forma fechada e acabada, nem como verdades absolutas e inquestionáveis e sim explorar novas alternativas capazes de contemplar de fato os problemas de saúde. Dessa forma, não existe “um único” modelo, nem “o” modelo superior, e sim arranjos, combinações, associações de saberes, de dispositivos humanos e financeiros com o propósito de viabilizar a produção da saúde dos sujeitos. Mais uma vez ressaltamos: os modelos devem ser construídos com base nas realidades concretas, nas suas especificidades. De outro modo, é impossível consolidá-los.

REFERENCIAS

- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Coelho IB. Modelos Assistenciais em Saúde [internet]. [Citado 2008 nov. 03]. Disponível em: <www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/smse/textos/26-02-2006/modelo-sassistenciaisemsaude.pdf>.
- Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Rev Saúde em Debate*. 2003; 27(65):257-77.
- Silva AG Jr, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini, MVGC, CORBO AA (Organizadores). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz; 2007. p.27-41.
- Paim JS. Modelo de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC (Organizadores). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-574.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Fortaleza. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Relatório de Gestão 2006: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2006a.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. 2012 dez [Citado 2014 jul. 31]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
- Silva AG Jr. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Campos GWS. Saúde paideia. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- Andrade FMO. O programa de saúde da família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda.; 1998. 220p.
- Oliveira LC. As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2006.
- Fortaleza. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Relatório de Gestão 2005: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2005.
- Fortaleza. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006-2009. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde; 2006b.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-126.
- Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; 2004.

19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-126.

20. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Paim JS (Organizador). Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudos e Projetos em Saúde; 2002. p.367-381.

Submissão: novembro de 2015

Aprovação: agosto de 2016
