

Educação Profissional e Docência em Saúde:
a formação e o trabalho do agente
comunitário de saúde



Modelos de Atenção e a Saúde da Família

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Buss

Vice-Presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

José Rocha Carvalheiro

Coordenador da Área de Fomento e Infra-Estrutura

Win Degrave

Coordenadora do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP)

Mirna Teixeira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

André Malhão

Vice-Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Isabel Brasil Pereira

Vice-Diretor de Desenvolvimento Institucional

Sergio Munck

Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde

Coordenadora

Márcia Valéria G. C. Morosini

Esta publicação contou com o apoio do PDTSP/Fiocruz

Modelos de Atenção e a Saúde da Família

Organizadoras

Márcia Valéria G. C. Morosini

Anamaria D'Andrea Corbo



Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Marcelo Paixão

Capa

Gregório Galvão de Albuquerque

Diego de Souza Inácio

Revisão

Janaína de Souza Silva

Soraya de Oliveira Ferreira

Revisão Técnica

Ana Lúcia de Moura Pontes

Anamaria D'Andrea Corbo

Gustavo Corrêa Matta

Márcia Valéria G. C. Morosini

Catálogo na fonte
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Biblioteca Emília Bustamante

M386m Morosini, Márcia Valéria G.C..
Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia
Valéria G.C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro:
EPSJV/Fiocruz, 2007.

240 p. : il. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a
formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).
Coordenadora da coleção Márcia Valéria G. C. Morosini.

ISBN: 978-85-98768-24-3

1. Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Serviços de
Assistência Domiciliar. 4. Agente Comunitário de Saúde. 5. Livro Didático
I. Título. II. Corbo, Anamaria D'Andrea.

CDD 362

Autores

Aluísio Gomes da Silva Júnior

Médico, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), professor adjunto do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) e pesquisador associado do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Ana Lúcia Abrahão

Enfermeira sanitária, doutora em Saúde Coletiva na área de Gestão e Planejamento em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), professora e pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Ana Lúcia de Moura Pontes

Médica, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Anamaria D'Andrea Corbo

Odontóloga, especialista em educação profissional pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e professora pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

Arlinda Barbosa Moreno

Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Carla Almeida Alves

Psicóloga, aluna da pós-graduação *lato sensu* em Educação e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisadora associada do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) e pesquisadora associada do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Gustavo Corrêa Matta

Psicólogo, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e professor pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Manoel Martins

Médico, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e professor adjunto do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Assistente Social, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e professora da Ensp/Fiocruz.

Márcia Fernandes Soares

Nutricionista sanitária, especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e professora pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Márcia Valéria G. C. Morosini

Psicóloga sanitária, especialista em Educação Profissional pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medi-

cina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e professora pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

Martha Cristina Nunes Moreira

Psicóloga, doutora em Ciências Humanas pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj) e pesquisadora do Programa de Atenção Integral à Criança Hospitalizada do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz).

Mauro de Lima Gomes

Enfermeiro sanitaria, especialista em Educação Profissional pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), mestrando em Políticas Públicas e Formação Humana pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (PPFH/Uerj) e professor pesquisador da EPSJV/Fiocruz.

Mônica Regina de Moraes Campos

Psicóloga, aluna da pós-graduação *lato sensu* em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia Fenomenológico Existencial do Rio de Janeiro.

Valéria Lagrange

Psicóloga, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e professora pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Waldir da Silva Souza

Sociólogo, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutorando em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj) e professor da Universidade Estácio de Sá.

Sumário

Apresentação da Coleção	11
Apresentação do Livro	23
Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas <i>Aluísio Gomes da Silva Júnior e Carla Almeida Alves</i>	27
Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas <i>Gustavo Corrêa Matta e Márcia Cristina Rodrigues Fausto</i>	43
Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde <i>Anamaria D'Andrea Corbo, Márcia Valéria G. C. Morosini e Ana Lúcia de Moura Pontes</i>	69
A Construção Social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica <i>Mônica Moraes e Gustavo Matta</i>	107
A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio <i>Ana Lúcia Abrahão e Valéria Lagrange</i>	151
Fases do Ciclo Vital: características, vulnerabilidade e cuidado <i>Ana Lúcia Pontes e Manoel Martins</i>	173
Sistema de Informação da Atenção Básica <i>Márcia Fernandes Soares, Mauro de Lima Gomes e Arlinda Barbosa Moreno</i>	199
Humanização da Saúde e a Estratégia da Saúde da Família: explorando alguns dilemas para além da política <i>Waldir da Silva Souza e Martha Cristina Nunes Moreira</i>	215

Apresentação da Coleção

Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, organizada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), é dirigida aos docentes das instituições responsáveis pela formação dos agentes comunitários de saúde, em particular às Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Estas escolas públicas da área da saúde, majoritariamente ligadas às Secretarias de Saúde dos estados e municípios, dedicam-se à educação profissional dos trabalhadores de nível médio e técnico do SUS, estando organizadas em âmbito nacional, desde 2000, na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), da qual a EPSJV faz parte.

A idéia de uma coleção de textos de referência bibliográfica para os docentes que se dedicam à educação dos ACS surge do reconhecimento da necessidade de sistematizar e socializar os saberes fundamentais à formação desses profissionais, saberes estes que transcendem o nível local e conformam uma base comum ao trabalho. A coleção buscou também contemplar o entendimento de que o ACS realiza um trabalho complexo, cujas bases técnicas não podem ser descontextualizadas das relações sociais e políticas que as atravessam e condicionam. Tal premissa marca a concepção de educação profissional promovida pela EPSJV/Fiocruz, que entende o trabalho como princípio educativo e a formação docente como um processo contínuo no qual pesquisa e ensino se articulam em objetos de trabalho e investigação permanentes.

As discussões abordadas nos livros que compõem a coleção emergiram dos debates realizados com docentes, ACS, gestores e especialistas (representantes das coordenações municipais e estaduais da Saúde da Família) em oficinas regionais desenvolvidas em três escolas da Retsus – no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Natal-RN), na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (Rio Branco-AC) e na Escola Técnica de Saúde de Blumenau (Blumenau-SC) –, contemplando as três macrorregiões geoeconômicas do país, respectivamente, Nordeste, Amazônia e Centro-Sul. Nestas oficinas, participaram também o Centro

de Formação de Pessoal Caetano Munhoz da Costa, do Paraná, a Escola de Formação em Saúde de Santa Catarina e o Centro de Formação de Recursos Humanos da Paraíba.

Nesses encontros, almejou-se reconhecer as condições do trabalho dos ACS, buscando a interlocução necessária à construção da coleção. Esse processo se deu no âmbito do projeto “Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na Atenção Básica”, coordenado pela EPSJV/Fiocruz, realizado em parceria com Escolas Técnicas do SUS, e financiado pelo Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública: Sistema Único de Saúde (PDTSP-SUS) da Fiocruz, edital 2004. A coleção foi viabilizada, assim, pelo diálogo já constituído no interior da Rede, apresentando-se, desta forma, também, como uma contribuição ao seu fortalecimento e ao processo de colaboração e parceria entre estas escolas.

Para melhor localizarmos a coleção no contexto da formação técnica dos ACS, devemos, então, remetermo-nos, em primeiro lugar, às questões relativas ao seu trabalho e à sua profissionalização e, em segundo lugar, ao projeto do qual a coleção resulta, incluindo suas concepções sobre trabalho, conhecimento e material didático.

A Formação do ACS e a Relevância desta Coleção

Em meados de 2004, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de saúde, instituindo a formação técnica deste trabalhador e trazendo uma contribuição fundamental à regulamentação desta profissão, estratégica para a reorganização da atenção básica no SUS, por meio da Saúde da Família. Entretanto, a operacionalização da formação em nível técnico dos ACS não constitui tarefa simples. Esta operacionalização se depara com as complexidades inerentes à própria configuração da atividade dos ACS, no que diz respeito à natureza inovadora da atividade, à fragilidade de sua identidade profissional e à regulamentação incipiente. Além disso, a formação dos ACS transcende o setor da saúde.

Reconhecidamente o trabalho do agente comunitário de saúde lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida e à organização dos grupos e suas relações, incluindo a família. Assim, exige o aporte de conhe-

cimentos que extrapolam o campo da saúde, e que precisam estar sistematizados na formação dos ACS, além dos saberes específicos que perpassam a prática cotidiana da sua atuação. Independentemente da realidade local em que o ACS se encontra, estes eixos são estruturantes para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade no campo da saúde.

A produção de material didático não está descolada desta complexidade. Porém, o material produzido para apoiar a capacitação dos ACS, que se desenvolveu predominantemente em serviço, vem-se caracterizando predominantemente por centrar-se no desempenho das atividades e atribuições específicas desses trabalhadores. Este tipo de material, embora tenha uma aplicação justificada em algumas circunstâncias específicas de qualificação, pode, por outro lado, reforçar a simplificação do trabalho do ACS e reduzi-lo à sua dimensão operacional, não contemplando, de forma satisfatória, a abrangência requerida por uma formação técnica congruente com a complexidade inerente às diversas etapas do trabalho em saúde.

O nível técnico, em nossa perspectiva, introduz a oportunidade de elaboração de um projeto político pedagógico que fundamente o saber sobre o trabalho e recupere as bases técnicas que o estruturam e o qualificam, constituindo-se na possibilidade de domínio pelo trabalhador do conhecimento científico construído pela humanidade. Este conhecimento permite ao sujeito a apropriação dos fundamentos teóricos e técnicos do seu trabalho, ampliando-lhe a compreensão do processo em que se insere.

A partir da atuação das ETSUS na formação técnica dos agentes comunitários, estas escolas iniciaram a produção de material didático dirigido para tal formação. A diretriz que prevaleceu foi que este material deveria ser sensível à realidade local em que se desenvolve o trabalho e a formação do ACS, em atenção às diferenças regionais. Entretanto, é de se considerar que tais diferenças expressam também desigualdades socialmente produzidas e que se ater a elas pode implicar a sua reprodução. Além disso, mesmo se considerando que há contextos e práticas culturais particulares, partimos do princípio que há conhecimentos que constituem uma base comum para a produção da saúde, e, portanto, para o trabalho e a formação do ACS.

Neste cenário, coloca-se a pertinência e a necessidade da presente proposta. Primeiro, por objetivar constituir um referencial bibliográfico sistematizado e tematizado a partir de um projeto formativo norteado por diretrizes

nacionais. Segundo, por buscar articular as diretrizes nacionais à realidade local, através da integração das escolas técnicas que concebem os planos de curso orientados pelas diretrizes nacionais e que realizam a formação dos ACS locais. Terceiro, por visar o docente que participa dessa formação técnica e que participará ativamente da elaboração do próprio material, ensejando um duplo processo de qualificação desse docente: no próprio processo de produção do material e na sua utilização posterior.

Concepções Teórico-Methodológicas de Construção do Material Didático

Quanto aos referenciais teórico-metodológicos, destacamos a orientação de pautar a produção do material didático pela consideração dos diferentes discursos em disputa histórica sobre temáticas centrais à formação dos agentes comunitários: trabalho, educação e saúde. A concepção aqui defendida é a de que não há forma de tratar tais temáticas sem problematizar as noções, sócio-historicamente produzidas, a respeito destas.

A metodologia experimentada não está circunscrita à adaptação dos conhecimentos das tecnologias de base física e organizacional para a realidade dos agentes comunitários de saúde. Em certa medida, tal adaptação poderia significar o reforço da concepção de processo de trabalho como soma de funções executadas e do agente comunitário como último nível na hierarquia da divisão social e técnica do conhecimento. Assim, na perspectiva da presente coleção, uma forma de colocar em xeque a divisão social e técnica do trabalho é colocar os conceitos acima apontados em sua historicidade – via noções em disputa no discurso dos docentes, dos ACS, dos trabalhadores da saúde da família, enfim, em todos os sujeitos envolvidos na configuração da formação e do trabalho do ACS. Ou seja, o conhecimento não é neutro; o conhecimento se define como tal porque implica formas de ação e de existência – no caso, dos trabalhadores da saúde.

Neste sentido, a diversidade de temas e questões tratadas pela presente coleção ao longo dos seis volumes não constitui um “adendo” ou uma busca de “iluminar” os docentes atuantes na formação dos ACS. Parte-se do princípio que a historicidade do conhecimento – que passa por analisar

suas condições de produção e de disputa – está no cerne da compreensão e da construção do trabalho e da formação do ACS, tanto quanto o conhecimento mais imediatamente associável à prática desse trabalhador.

Note-se também que a compreensão de material didático, construída no âmbito dessa coleção, não se confunde com aquela que concebe este tipo de texto unicamente como instrumento *in loco* do processo ensino-aprendizagem. Ao contrário, compreende o processo ensino-aprendizagem de forma ampliada, abrangendo a formação do docente e a concepção do docente como um investigador. Destarte, nosso material didático formata-se como textos de referência que articulam ensino e pesquisa como dimensões indissociáveis da educação profissional, podendo constituir-se em uma biblioteca de consulta.

Está também presente em nossa concepção de material didático a necessidade de considerar – e colocar em confronto – a realidade cotidiana dos serviços e o conhecimento socialmente acumulado como ponto de partida da formação da classe trabalhadora. Entendemos esse confronto entre os significados como uma dinâmica profícua, na medida em que os contextos diferenciados, quando em interação, estabelecem uma relação não apenas de justaposição ou de indiferença, mas, sobretudo, de interação e conflito. Nesta relação pode-se estabelecer o diálogo, havendo tantas significações possíveis quantos os projetos histórico-sociais em disputa.

Neste sentido, a construção do material didático de apoio aos docentes atuantes na formação dos agentes comunitários de saúde orienta-se pela idéia de diálogo como condição de linguagem, diálogo entendido aqui como a inexorável inscrição de sujeitos e discursos na história – para que se produza sentido, conhecimento, saber. Logo, o diálogo, na perspectiva aqui adotada, é constitutivo da própria linguagem e do conhecimento.

No entanto, esta condição de linguagem chamada por nós aqui de “diálogo” se realiza e se manifesta historicamente nas mais diferentes formas, inclusive naquela que busca negar sua própria existência: ou seja, aquela que tenta reprimir, na superfície do texto, o caráter histórico e social dos conceitos. O resultado disto, no âmbito do material didático, é a idéia de que o conhecimento ali apresentado e construído se confunde com o real.

A presente coleção almeja alcançar o horizonte oposto, buscando incorporar a noção de livro didático como um processo e um texto em que múltiplas vozes estão representadas e, algumas vezes, em conflito. Além da própria for-

ma de implementação do projeto de pesquisa do qual este material didático emerge, este atravessamento de temáticas no trabalho do ACS ganha materialidade no tratamento editorial da coleção, no qual buscou-se explicitar, através de notas remissivas cruzadas em cada texto, a abordagem de conceitos e noções tratadas por outros textos também publicados na coleção. Esta direção constitui um dos passos para construir os conteúdos curriculares centrais à formação do agente comunitário e para colocar como questão o resgate e a produção de conhecimento envolvidos neste trabalho.

Nesta perspectiva, portanto, entendemos o livro didático como um artefato que também pode potencializar que os sujeitos-leitores vivenciem a leitura como um ato que permita a compreensão da dimensão histórica da produção do conhecimento, abrindo espaço para o questionamento e a resignificação do texto.

Enfim, entendemos o material didático como uma tecnologia educativa que pode problematizar a naturalização de conceitos e noções que atravessam o trabalho e a formação do ACS, entendendo que estes também são fruto de um processo em que o trabalhador foi “subalternizado” e expropriado da criação do trabalho. Mais que uma “devolução”, no entanto, os textos aqui publicados consistem de um questionamento direto da invisibilidade e da simplicidade deste trabalho, explicitando sua inevitável inscrição histórica nas práticas e nos saberes do trabalho em saúde.

*Márcia Valéria G. C. Morosini
Carla Macedo Martins*

Equipe do projeto Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na atenção básica

Coordenação do Projeto:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde – EPSJV/Fiocruz

Equipe de pesquisa:

Integrantes da equipe no âmbito da EPSJV/Fiocruz:

Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde:

Ana Lúcia Pontes

Angélica Ferreira Fonseca

Carla Macedo Martins

Gustavo Corrêa Matta

Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde:

Adriana Ribeiro Rice Geisler

Valéria Lagrange

Vice-direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico:

Isabel Brasil Pereira

Secretaria Técnica da RETSUS:

Renata Reis

Assessoria da Vice-direção de Ensino e Informação:

Anakeila de Barros Stauffer

Coordenação de Cooperação Internacional:

Anamaria D'Andrea Corbo

Integrante do projeto em outra instituição:

Universidade Federal Fluminense – Faculdade de Enfermagem

Ana Lúcia Abrahão

Secretaria administrativa do projeto:

Gláucia Martins

Relação dos colaboradores, participantes das oficinas regionais do projeto **Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: Melhoria da Qualidade na Atenção Básica**, etapa fundamental para a construção da pauta de temas dos livros da **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**¹.

Participantes da Oficina em Blumenau – SC:

Alaíde Maria Correa

Agente Comunitário de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – Blumenau

Arlete Barzenski

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH– Curitiba) – PR.

Cláudia Vilela de Souza Lange

Pedagoga – Coordenadora Geral – Escola Técnica de Saúde de Blumenau (ETS - Blumenau) – SC

Kátia Lúcia Brasil Pintarelli

Cirurgiã Dentista – ETS – Blumenau – SC

Lorete Margarida Bernardes

Pedagoga Coordenadora Administrativa – ETS – Blumenau - SC

Luis Carlos Kriewall

Veterinário – SMS – Blumenau

Maria de Fátima Campos

Enfermeira – Coord. Curso Técnico de Enfermagem – ETS – Blumenau - SC

Maria de Lourdes dos Santos

Enfermeira – Coordenadora PSF – SMS – Blumenau – SC

Nanci Aparecida da Silva

Enfermeira – Coordenadora PSF – SMS – Blumenau – SC

Náuria da Silva Guimarães

Pedagoga da ETS – Blumenau – SC

Nilcéia Bastos dos Santos

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Blumenau – SC

Rosana A. Antunes Nunes

Pedagoga – Escola de Formação em Saúde (EFOS) – SC

Rosete de Jesus Rosa Boenner

Assistente social – Coordenadora Região Garcia – SMS – Blumenau - SC

Sandra Marli Buttei

Assistente Social – ETS – Blumenau – SC

Solange Melo de Liz

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Blumenau – SC

Stella Maris Duarte

Enfermeira – Gerente PSF/UAS – SMS – Blumenau – SC

Susana Maria Polidório dos Santos

Pedagoga – EFOS – SC

Tereza Miranda Rodrigues

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS – CFRH – Curitiba – PR

Coordenadores da oficina em Blumenau:

Marcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Ana Lúcia Abrahão; Anamaria D' Andréa Corbo; Anakeila de Barros Stauffer; Renata Reis Cornélio (EPSJV/Fiocruz)

Participantes da Oficina em Natal - RN:

Aldeci Padilha Honório

Pedagoga – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS – Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Cefope) – RN

Ana Dilma da Silva

Agente Comunitária – Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante – RN

Aura Helena Gomes Dantas de Araújo

Enfermeira – Coordenadora pedagógica de Curso de Auxiliar de Enfermagem – Cefope – RN

Bárbara C. S. Farias Santos

Dentista – PSF – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN

Carolene de Fátima O. Estrela

Pedagoga – Coordenadora Pedagógica – Centro Formador de Recursos Humanos (Cefor – RH) – PB

Divaneide Ferreira de Souza

Enfermeira – Coordenadora Pedagógica do Curso de Aux. Enf. – Cefope – RN

Francisco Djairo Bezerra Alves

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Natal – RN

Maria das Graças Teixeira

Socióloga - SMS – Natal – RN

Ivaneide Medeiros Nelson

Pedagoga – Assessora – Cefope – RN

Jacira Machado Alves Araújo

Dentista – Docente do Curso de Formação de ACS – Cefor RH – PB

Jeovanice Borja da Silva

Agente Comunitária de Saúde – SMS – Natal

Lêda Maria de Medeiros

Dentista – Coordenadora do Curso de THD e do Curso Técnico de ACS – Cefope-RN

Marco Aurélio Azevedo de Oliveira

Dentista – PSF – SMS Natal – docente – Cefope-RN

Maria Bernadete Almeida Cavalcanti

Enfermeira – Coordenadora Pedagógica do Curso de formação de ACS – Cefor-PB

Maria da Assunção Régis

Enfermeira – Coordenadora pedagógica dos Cursos de Qualificação do ACS - Cefope-RN

Maria da Conceição Jales de M. Guedes

Enfermeira – SMS de São Gonçalo do Amarante – RN

Maria das Graças Leite Rebouças

Enfermeira – Coordenadora do Curso de Aux.Enfermagem – Cefope-RN

Maria dos Remédios de Oliveira Macedo

Agente comunitária de saúde – PACS – SMS de São Gonçalo do Amarante – RN

Maria Luciene B. da Costa

Agente comunitária de saúde – SMS – Natal – RN

Maria Neusa da Nóbrega Almintas

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do curso de Enfermagem e Hemoterapia - Cefope-RN

Neuma Lucia de Oliveira

Dentista - PSF – SMS Natal – Docente – Cefope-RN

Maria das Graças da Silva Lucas

Historiadora – Técnica do Setor de Desenvolvimento de Pessoal – SMS – Natal – RN

Maria das Neves M. Maia (Nevinha)

Administradora – Coordenadora pedagógica da formação do ACS – Cefope-RN

Solane Maria Costa

Enfermeira – Coordenadora local dos ACS – PACS/PSF – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN – Assessora do COSEMS – RN

Uiacy Nascimento de Alencar

Assistente social – Coordenadora do PSF/PACS Estado-RN – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN

Vera Lucia da Silva Ferreira

Enfermeira – Diretora – Cefope-RN

Verônica Maria e Silva

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do curso de Aux. Enfermagem – Cefope-RN

Coordenadores da oficina em Natal:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D' Andréa Corbo; Anakeila de Barros Stauffer (EPSJV/Fiocruz)

Participantes da oficina em Rio Branco – AC:

Analdemira da Costa Moreira

Enfermeira – Área Técnica de Leishmaniose – Supervisão das U.S.F. – SEMSA –
Coordenação Local do PROFAE–Acre – Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da
Rocha – ETSMMR

Aurílio Fernandes de Lima

Biólogo – mediador – ETSMMR – Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE

Elza Fernanda Leão de Assis

Bióloga/Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Érica Fabíola Araújo da Silva

Enfermeira – Área Técnica de Tabagismo – Supervisora das U.B.S. – SEMSA –
mediadora – ETSMMR

Francisca Lima do Nascimento

Pedagoga – Assessora Pedagógica

Francisca Viana de Araújo

ACS – PSF – Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – SEMSA
Gerência de Educação Profissional – GEPRO – Secretaria de Estado de Educação

Glacimar Alves de Nazaré

Pedagoga – assessora pedagógica – ETSMMR

Herleis Maria de Almeida Chagas

Enfermeira – coordenadora de Saúde Comunitária (PACS/PSF) - SEMSA

Jarderlene Borges de Matos

ACS – PACS – SEMSA

João Batista Francalino da Rocha

Enfermeiro – Gerência de Ações Básicas de Saúde (GABS) – SEMSA

João Bosco Moreira Martins

Pedagogo – Assessor Pedagógico – ETSMMR

Lôdia Maria Lopes da Silva

Licenciada em Letras – mediadora – Assessora de Português – ETSMMR

Maria Estela Livelli Becker

Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Maria Zulênia da Silva Sousa

ACS – SEMSA

Marlene Campos dos Reis

Enfermeira – Área Técnica Hipertenso e Diabetes – SEMSA – mediadora – ETSMMR

Marlene da Silva de Oliveira

Pedagoga – Coordenadora de Aprendizagem – ETSMMR

Mirtes da Silva Andrade Ribeiro

Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Neidiany Vieira Jovarini

Psicóloga – mediadora – ETSMMR

Patrick Noronha Dantas

Enfermeiro – mediador – ETSMMR

Raimundo Jesus Pinheiro

Enfermeiro – Coordenador Local – ETSMMR

Rosa Maria da Silva Costa Rocha

Bióloga – sanitaria – Coordenadora Técnica do Curso de Agentes Comunitários de Saúde – ETSMMR

Roseane da Silveira Machado

Enfermeiro – ETSMMR – SESACRE

Rosinei de Queiroz

ACS – PSF – SEMSA

Silene Ferreira da Silva

ACS – PSF – SEMSA – Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Rio Branco

Simone Maria de Souza do Nascimento

ACS – Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Rio Branco

Talita Lima do Nascimento

Enfermeira – Coordenação Geral – ETSMMR

Valéria Cristina de Moraes Pereira

História – Coordenação de Recursos Administrativos – ETSMMR

Vânia Maria Lima da Silva

Enfermeira – Coordenadora Técnica da área de Enfermagem – PROFAE – Acre

Coordenadores da Oficina em Rio Branco:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Anakeila de Barros Stauffer; Carla Macedo Martins; Gustavo Corrêa Matta.

¹ Os créditos institucionais referem-se à situação dos colaboradores à época da realização das oficinas.

Apresentação do Livro

O livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família* é o quarto da coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, composta de seis volumes voltados aos docentes comprometidos com a formação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os textos apresentados no livro contemplam a discussão da Estratégia de Saúde da Família uma política pública voltada para a organização do sistema de saúde a partir da atenção básica. O temário escolhido para contribuir nesta reflexão toma como referência alguns elementos importantes para o entendimento da construção histórica dessa estratégia, seja a partir da realidade brasileira ou da influência de alguns debates ocorridos no campo da saúde pública internacional. Desse modo, são apresentadas discussões que contribuem para a construção de um pensamento crítico em relação aos desafios e perspectivas que se apresentam atualmente para a consolidação da Saúde da Família, na perspectiva de reestruturação do modelo de atenção à saúde.

A coletânea inicia-se com o texto “Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas”, de Aluísio Gomes da Silva Júnior e Carla Almeida Alves, que analisa os diversos modelos assistenciais desenvolvidos ao longo da história brasileira, ressaltando as suas correlações com as distintas compreensões do processo saúde-doença e as tecnologias disponíveis para o seu enfrentamento. Na apresentação proposta, os autores evidenciam a existência de escolhas políticas e éticas que determinam as prioridades de atenção a serem enfrentadas pela política de saúde, na conformação dos diferentes modelos de assistência à saúde. Nesse sentido, o texto analisa algumas alternativas traçadas ao longo do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que buscam a reformulação da organização da assistência à saúde, na perspectiva de estruturação de “um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como malha de cuidado ininterrupto à saúde”.

O segundo texto, de autoria de Márcia Cristina Rodrigues Fausto e Gustavo Corrêa Matta, “Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas”, aprofunda a discussão sobre os diversos sentidos construídos historicamente para o modelo de atenção primária à saúde, desde a sua primeira apresentação, em 1920, no Relatório Dawson, até a concepção brasileira, denominada

Atenção Básica, fundada nos ideais da Reforma Sanitária. Os autores apontam os diferentes projetos de conformação de sistemas de saúde que estão em disputa na adoção de uma determinada concepção de modelo de atenção primária à saúde. Em que pese as dificuldades encontradas para a efetiva estruturação e implementação da Estratégia de Saúde da Família, os autores ressaltam a importância dessa estratégia no fortalecimento das diretrizes da atenção primária no âmbito da política nacional de saúde.

A seguir, Anamaria D'Andrea Corbo, Márcia Valéria G. C. Morosini e Ana Lúcia Pontes, no texto intitulado "Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", valem-se da discussão dos modelos tecnoassistenciais em saúde e da história recente de construção e organização da Estratégia de Saúde da Família, para analisar a incorporação dos princípios do SUS e das concepções da atenção primária à saúde neste modelo de atenção. O teor deste texto sinaliza também para a necessidade de subverter "a lógica que atribui maior complexidade aos níveis superiores do sistema de saúde e do sistema de ensino", permitindo a reflexão sobre o trabalho e a formação profissional dos trabalhadores de nível médio, concebendo-os como sujeitos estratégicos no cenário da reformulação da atenção básica.

Mônica Regina de Moraes Campos e Gustavo Corrêa Matta, no texto "A construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica", evidenciam a necessidade de discussão da noção de família, presente nas políticas públicas de saúde, e sua relação com o trabalho dos ACS. Assim, a partir do percurso histórico de conformação da família moderna, trazem subsídios para a reflexão sobre os modos de fortalecimento, emancipação, vigilância, ou responsabilização que são atribuídos à família, nos diferentes momentos de organização da sociedade. Os autores apontam alguns desafios e contradições existentes ao assumir a família como o foco da atenção à saúde, ressaltando a importância da reflexão sobre a concepção de família subjacente às práticas de saúde direcionadas aos grupos assistidos pelas equipes de Saúde da Família.

O texto "A visita domiciliar como uma estratégia de assistência no domicílio", de Ana Lúcia Abrahão e Valéria Lagrange, aborda a visita domiciliar, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, como uma ação que compõe a atenção domiciliar, ressaltando a necessidade de uma reflexão crítica sobre esta prática, sob pena de a mesma ser transformada em um instrumento de controle dos comportamentos e hábitos dos indivíduos e populações. Ao mesmo

tempo, destacam a importância da visita domiciliar na identificação de demandas e potencialidades da família no cuidado à saúde, transformando-se na principal ferramenta do ACS para o acompanhamento das famílias residentes em sua micro-área.

No texto seguinte, "Fases do ciclo vital: características, vulnerabilidade e cuidado", Ana Lúcia de Moura Pontes e Manoel Martins, a partir de uma reflexão sobre o cuidado, trazem algumas discussões sobre as características da atenção à saúde nas diversas fases do ciclo vital, propondo uma ampliação da abordagem do trabalho do ACS. Partem da premissa de que as práticas de cuidado, desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde, tanto servem para produzir autonomia, respeito e acolhimento às necessidades de saúde dos indivíduos e grupos, quanto podem servir para "a reprodução das desigualdades, perpetuação dos privilégios e privação de direitos". Segundo os autores, a avaliação do trabalho dos ACS está centrada na utilização de tecnologias duras em detrimento do uso, e, conseqüentemente, da valorização de ações relacionadas à produção de acolhimento, vínculo e responsabilização da atenção. A partir da discussão de alguns casos, os autores indicam algumas abordagens, a serem utilizadas na prática dos ACS, que procuram associar o cuidado aos indivíduos com a compreensão da dinâmica e do contexto familiar e comunitário.

Márcia Soares, Mauro Gomes e Arlinda Moreno, no texto intitulado "Sistema de informação da atenção básica", tratam da apresentação e análise desse sistema de informação, que foi concebido sob a lógica organizativa do SUS, e que tem como objetivo o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família. Ressaltam a importância dos ACS na geração de informações que possibilitam o conhecimento e a avaliação das condições de vida das populações assistidas, apontando a pouca flexibilidade do Siab em incorporar dados estratégicos para a organização da atenção no nível local. Os autores sugerem a necessidade de maior integração das informações produzidas e dos distintos sistemas de informações existentes, na busca por uma atuação conjunta e articulada dos diversos profissionais que trabalham nos territórios da atenção básica.

No oitavo e último texto, "Humanização da saúde e a estratégia de saúde da família: explorando alguns dilemas para além da política", Waldir da Silva Souza e Martha Cristina Nunes Moreira apontam para a reatualização temática que a utilização do discurso da humanização traz, reconhecendo, entretanto, a

presença de diversos sentidos implícitos. As discussões apresentadas no texto defendem a retomada dos “processos de produção de subjetividade, do enfrentamento dos mecanismos de despersonalização e objetualização experienciados”, tanto pela população que utiliza as unidades de saúde quanto pelos trabalhadores inseridos no SUS, ressaltando o papel estratégico que os ACS desempenham neste processo. Os autores destacam a importância de polemizar a diversidade existente nos discursos, de forma a propiciar maior reflexão dos trabalhadores sobre suas práticas.

A relevância da inserção dos temas apresentados neste livro, para a formação dos ACS, é justificada pelo entendimento de que se faz necessário o aporte teórico de elementos para os desafios políticos e práticos que se apresentam no terreno das contradições existentes na nossa sociedade, para a transformação do processo de trabalho em saúde, na busca da efetiva realização dos princípios e diretrizes do SUS. Considerar estes desafios como inerentes à atuação profissional dos ACS significa reconhecer a complexidade do trabalho desta categoria e a necessidade de uma formação que permita a compreensão e a capacidade analítica dos processos técnicos e das relações sociais estabelecidas na nossa organização societária.

*Anamaria D’Andrea Corbo
Márcia Valéria G. C. Morosini*

Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas

*Alúcio Gomes da Silva Júnior
Carla Almeida Alves*

Introdução

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Consideramos que no mundo existam diversos modelos assistenciais calçados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde. Por esse motivo, ressaltamos que não há modelos certos ou errados, ou receitas que, quando seguidas, dão certo. Observem o que nos diz Merhy sobre o assunto:

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos. (Merhy, 2000:2)¹

Os Modelos Historicamente Construídos no Brasil

No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. No início da República, por exemplo, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século (febre amarela, varíola e peste). Esse tipo de campanha transformou-se em uma política de

¹"Modelo de atenção à saúde como contrato social" – texto apresentado na XI Conferência Nacional de Saúde.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

saúde pública importante para os interesses da economia agroexportadora daquela época e se mantém como modalidade de intervenção até os nossos dias no combate às endemias e epidemias

Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Os trabalhadores organizaram, junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps), regulamentadas pelo Estado em 1923.

A partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atuação com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. Para isso, foram criados alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outros.

Esses programas eram organizados com base nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia que determinavam o 'bicho' a ser atacado e o modo de organizar o 'ataque', sem levar em conta aspectos sociais ou mesmo a variedade de manifestações do estado de saúde de um ser de acordo com a região e/ou população e, por isso, denominamos Programa Vertical.

Neste modelo instituído a partir da década de 1930, em que se estruturaram as redes estaduais de saúde, a assistência era voltada para os segmentos mais pobres da população. Os segmentos mais abastados procuravam o cuidado de sua saúde nos consultórios médicos privados. Nesta década ainda, era de Getúlio Vargas, as Caps, criadas nos anos 1920, transformaram-se em Instituto de Aposentadoria e Pensão (Iaps). O que antes era CAP de uma determinada empresa passou a ser um Instituto de Aposentadoria e Pensão de uma determinada categoria profissional (por exemplo: Iapi, Iapetec, IAPM etc). Cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho.

O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários.

Nos anos 50, outras categorias profissionais aderiram ao modelo dos laps, formando novos institutos e, conseqüentemente, novos serviços foram inaugurados para assistir os respectivos trabalhadores e seus dependentes. A política de saúde pública reforçou o investimento em centros e postos de saúde com seus programas verticalizados.

A instauração do governo militar no ano de 1964 determinou novas mudanças. Unificou os laps no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mas manteve o foco na assistência à saúde individual, pois as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde. Além disso, expandiu o modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados – o que serviu para expandir o setor privado de clínicas e hospitais, assim como o consumo de equipamentos e medicamentos. Isto não garantiu a excelência na assistência à saúde.

Crise e Críticas ao Modelo Hegemônico

Em 1975 definiu-se um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual. Esta década foi marcada por evidências dos limites da biomedicina. Uma dessas evidências foi quanto a pouca efetividade da ação da biomedicina no enfrentamento dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização. Esse foi um processo que ocorreu em vários países desenvolvidos concomitantemente. Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer.

Podemos recorrer a uma brincadeira para enumerar as dores mais frequentes nas unidades de saúde. Primeiro a dor de cabeça, no início do mês, depois a de barriga, no meio do mês, e, a seguir, a 'dor do bolso', no final do mês. O que o sistema de saúde (ainda) faz com essas dores? Prescreve analgésicos para a primeira, vitaminas para a segunda e calmantes para a última. Não é por acaso que esses são os remédios mais vendidos no mundo!

O raciocínio clínico categórico, biomédico, de 'lesões objetivadas', teve de enfrentar indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, levando os

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

profissionais de saúde a lançar mão freqüentemente, e sem crítica, de instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, em detrimento do cuidado aos doentes. Foi, portanto, vertiginosa a escalada dos custos dos Sistemas de Saúde, evidenciando, mais uma vez, os limites da biomedicina. Se compararmos as ações de atenção médica com ações em outros setores (saneamento, educação, emprego), veremos que os resultados obtidos pelas segundas, no que diz respeito ao aumento da expectativa de vida, é superior, com melhor relação custo/benefício.

A incorporação tecnológica em saúde, diferentemente de outros setores, não é substitutiva e nem poupadora de mão-de-obra. Cada novo equipamento lançado soma seus custos aos já existentes sem substituí-los ou baixar de preço pela disseminação de seu uso, como acontece com os demais aparelhos eletroeletrônicos. Cada novo lançamento cria a necessidade de um especialista, um técnico e um auxiliar para fazer sua operação, o que aumenta os custos com mão-de-obra especializada. Há também as especulações tecnológicas,² ou seja, produtos e medicamentos, muitas vezes sem utilidade claramente definida, que substituem medicamentos tradicionais, aumentando o custo dos tratamentos, sem vantagens adicionais. Não é à toa que a chamada inflação médica é cerca de quatro vezes maior que nos outros setores da economia. Isso não significa que devemos abandonar as tecnologias médicas, ao contrário, algumas tecnologias constituem importantes avanços para salvar e prolongar vidas, porém a racionalização de seu uso é imperativa.

Outro ponto que evidencia os limites da biomedicina é que quanto mais cara maior é a dificuldade de acesso para as populações com condições econômicas precárias, cujas demandas são as maiores dos serviços de saúde. Chamamos a isso de iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde.

Do ponto de vista tecnológico, ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens fantásticas, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos. Entretanto, a biomedicina tor-

² Sobre o conceito de tecnologia empregada no processo de trabalho em saúde, ver Abrahão, texto "Tecnologias: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

nou-se o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil e em muitos países do mundo.

Propostas Alternativas

Nesse contexto dos anos 70, estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência que levassem em conta as questões anteriormente mencionadas. Prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. A mais difundida foi a de atenção primária à saúde ou medicina comunitária.

Desde o início, porém, essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Havia os que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando a medicina comunitária como 'medicina pobre para os pobres', e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde. No Brasil, no final da década de 1970, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde à população em geral.

A partir da década de 1980, várias experiências de governo originaram correntes tecno-políticas que contribuíram sobremaneira na avaliação do que vinha sendo feito e na sugestão de elementos importantes na organização de modelos assistenciais coerentes com as escolhas técnicas, éticas e políticas daqueles que queriam a universalização da saúde.

Vários municípios organizaram redes de unidades de saúde para atenção primária com a ajuda das universidades, como Niterói, Londrina, Campinas, e outros. Essas experiências serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transformaram-se em objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS), tais como:

- Atendimento universal – todo cidadão tem direito à atenção à saúde e é dever do Estado promovê-la.
- A 'Atenção à saúde deve ser integral', ou seja, cada cidadão deve ser compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. As

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

equipes de profissionais e a rede de serviços devem articular-se para garantir a oferta de intervenções em promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e controle de agravos e reabilitação dos doentes. A rede hierarquizada de serviços deve oferecer tecnologias, complementares entre si, em diversos níveis de complexidade, conforme a necessidade dos usuários. Em uma dimensão política, os setores do governo e da sociedade devem articular-se intersetorialmente em políticas que promovam a saúde e previnam agravos.³

- Os 'benefícios da política precisam ser distribuídos de forma a diminuir as desigualdades', promovendo a saúde daqueles que apresentam mais necessidades (equidade).
- Toda 'essa organização, em seus diversos níveis, precisa ser discutida, acompanhada e avaliada no cumprimento de seus objetivos por estruturas de controle pela sociedade'. A lei 8.142, de 1990, garante a existência de conselhos de saúde em níveis municipal, estadual e nacional. A organização da sociedade pode e deve participar de instâncias de decisão locais/regionais e nacional, para o exercício do controle social. Este controle também é exercido cotidianamente pelos cidadãos ao utilizarem e avaliarem os serviços e as ações políticas que interfiram na qualidade de vida da população.

Várias alternativas foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS, nos anos 90, como a Ação Programática ou Programação em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis ou Saudecidade e o Movimento em Defesa da Vida.

Em relação às várias alternativas estudadas, verificamos certo consenso no que diz respeito à reformulação dos serviços de saúde:

- A noção de território não é compreendida apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história.⁴
- A definição de problema de saúde é construída de maneira mais ampla que as doenças, por meio de uma sistematização de causas e

³ Sobre sentidos da integralidade ver Ver Mattos (2001).

⁴ Sobre a noção de território, ver Monken e Barcellos, texto "O território na promoção e vigilância em saúde", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

conseqüências das situações que interferem na saúde da população, na programação de ações e na avaliação de seu impacto sobre problemas identificados.

- Com a percepção das desigualdades regionais e microrregionais, são estabelecidas estratégias de forma que seja possível orientar propostas redistributivas de recursos visando à maior equidade.
- A reorganização das práticas de saúde privilegiam uma abordagem interdisciplinar na qual a epidemiologia, as ciências sociais, a clínica, a educação em saúde e a política setorial, entre outros conhecimentos, possam articular-se na compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos.
- A ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários, compreendendo-os nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, resulta no desenvolvimento de ações que articulam a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos ou coletividades doentes e a vigilância à saúde (integralidade na abordagem).
- A revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, com base no reconhecimento da complexidade da atenção básica em suas relações com a população e seus problemas⁵ sanitários. O reconhecimento de que os problemas apresentados pelas populações, em especial na área urbana, requerem uma abordagem multiprofissional e uma articulação em rede (integralidade na rede de serviços).
- A articulação do setor da saúde com os demais setores de governo na formulação de 'políticas saudáveis' para as cidades (intersectorialidade).
- A gestão democratizada, tendo em vista a horizontalização dos organogramas e a construção de espaços coletivos de gestão, apontadas como alternativas para possibilitar maior participação dos trabalhadores e da população.

Existem, também, diferenças e lacunas, que podem ser evidenciadas se examinarmos os focos organizativos e a escolha de prioridades de atenção nos diferentes modelos tecnoassistenciais propostos:

⁵ Sobre a noção de problemas de saúde, ver Silva, Batistella e Gomes, texto "Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da Equipe Saúde da Família", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- Programação em saúde: propõe uma análise da situação de saúde por meio dos padrões de adoecimento, vulnerabilidade e risco de morte por doenças e agravos. Isso evidencia um caráter prescritivo ou normativo para os serviços no seu encontro com os usuários, ofertando uma programação que interpreta a população pela sua 'curva epidemiológica'. Esse saber é absolutamente necessário, mas, quando é utilizado para planejar o sistema de atenção e gestão, nos remete a uma atuação vertical e de produção de impactos sobre indicadores, enfraquecendo o olhar sobre a produção de acolhimento e escuta das pessoas em suas dificuldades pontuais ou difusas no modo de andar a vida.
- Políticas intersetoriais: propõem uma análise da situação de saúde com base nas condições mais gerais de vida, destacando a necessidade das boas condições de acesso aos bens coletivos, ou seja, a tudo aquilo que entendemos como determinante da qualidade de saúde. Baseiam-se na proposta de promoção da saúde e enfatizam a necessidade de articulações intersetoriais, por exemplo, com as áreas de ambiente, educação, atividade física, urbanismo etc. Esse foco propõe aspectos essenciais para uma política de saúde, mas, quando utilizado para ordenar o sistema, oferece poucos elementos para a organização das práticas de atenção e da rede de cuidados, visando à garantia de acesso a todos os recursos assistenciais de que venham a necessitar pessoas e populações.
- Promoção da saúde:⁶ uma ampla conjugação do método epidemiológico com o de promoção da saúde, valorizando enormemente a educação em saúde como desenvolvimento da autonomia das pessoas e populações. Configura propostas que consideram os fatores determinantes ou condicionantes da qualidade de saúde, a necessidade de informações e conhecimentos para promover a autonomia e a necessidade de acesso às tecnologias do cuidado com produção de vínculo entre profissionais e equipes de saúde com os usuários.
- Integralidade: uma construção mais aberta e, além do reconhecimento de todos os fatores referidos aos demais desenhos (modelos), traz, como destaque, a necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde

⁶ Sobre promoção da saúde, ver Monken e Barcellos, texto "O território na promoção e vigilância em saúde", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

para a redução de danos e sofrimentos e prolongar a vida. Como integralidade, revela-se em defesa de que as tecnologias de saúde não sejam vistas como as de maior ou de menor importância e que não sejam hierarquizadas entre melhores e secundárias, mas vistas como recursos que precisam ser consumidos na hora certa e no espaço adequado, sejam as imunizações, os grupos com portadores de patologias, o diagnóstico por imagem ou laboratorial, as cirurgias ou os transplantes. Como se trata do sistema de saúde, o encontro com os usuários estende-se desde a participação no cuidado ao controle social sobre o setor.

A Construção dos Modelos Assistenciais do SUS

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão.

Entre estas questões, destacamos a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a idéia predominante envolve uma 'imagem em pirâmide' para a atenção à saúde, bem como a idéia da 'complexidade crescente' em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde.

Supõe-se que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência (normas de fluxos de usuários na busca de alternativas de assistência).

Na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando jamais. Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

E por que tem sido tão difícil articular os diferentes serviços do sistema de saúde? Por que não se consegue assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades?

São várias as explicações. Por um lado, ao mesmo tempo em que se atribui um papel crítico à atenção básica, ela é desvalorizada. Segundo a noção formal da pirâmide, é possível organizar um sistema verticalizado, desenhado com uma base formada pela atenção básica e o topo pelos serviços de 'alta densidade tecnológica' (concentração de equipamentos e recursos técnicos).

De acordo com essa concepção, os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos e atendem às situações com maior risco de vida. Nesse âmbito, têm grande valor os conhecimentos técnicos necessários, sobretudo ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, que são valorizados como verdadeiramente científicos.

Como, em geral, não há risco de morte e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto desvalorizados. Na verdade, enfrentam-se desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida (relações sociais, violência urbana, gravidez indesejada ou em adolescentes jovens etc). Essa complexidade só pode ser enfrentada com a articulação dos conhecimentos biológicos com outros, advindos de campos como a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outros. No entanto, muitos admitem a possibilidade de que profissionais menos preparados sejam suficientes para dar conta dos problemas mais simples e para encaminhar os mais complicados. Não reconhecem a especificidade nem a complexidade envolvida nesse trabalho.

Capacidade de reconhecer o contexto, capacidades de comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e de compreender diferentes valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções para situações aparentemente sem saída. Uma formação mais ampla e contextualizada. O trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores são fundamentais para tudo isso, mas há pouca ênfase no desenvolvimento de tecnologias para trabalhar estas questões.

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

Um outro aspecto importante é que não se assegura a retaguarda necessária para garantir à atenção básica a capacidade de enfrentar efetivamente uma série de situações e agravos. Foi ampliada a cobertura da atenção básica, mas são sérias as limitações para exames laboratoriais e radiológicos ou para apoio nas áreas de reabilitação, saúde mental e outras, indispensáveis para a continuidade da atenção. Um serviço que não consegue assegurar esse tipo de apoio acaba se desmoralizando. Muitas pessoas preferem procurar diretamente os hospitais, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será menos complicado.

Em contrapartida, os hospitais estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo. Há, também, um profundo desconhecimento sobre a atenção básica e seu potencial de cuidado. Como consequência, descontinuidade da atenção, ambulatórios sobrecarregados, população cativa.

A atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas.

De outra parte, o conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de andar a vida no local ou o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde. Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

como 'malha de cuidado ininterrupto à saúde', e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos.

A maior parte das propostas tecnoassistencias desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica. Mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde. Uma mudança importante será desenvolver práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar, tais como a incorporação da presença de acompanhantes e familiares na internação.

Outra mudança será visualizar os serviços básicos, os ambulatórios de especialidades e hospitais gerais ou especializados, formando um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado de serviços, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Por fim, obviamente, é necessário fortalecer a atenção básica como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde. No lugar formal e burocrático da pirâmide, podem ser desenhados os mais diversos diagramas, dependendo de quais serviços já se dispõe, de quais as características da população e quais as possibilidades de investimento e apoio.

A estrutura e os processos de gestão também se constituem em grandes desafios. Ainda são incipientes os mecanismos que favoreçam a construção coletiva de desenhos tecnoassistenciais. As instâncias formais de pactuação entre gestores⁷ (comissões intergestores), de participação dos trabalhadores (mesas de negociação) e de participação da população (conselhos de saúde) ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção. Investimentos na capacidade de escuta às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção parecem oferecer maior capacidade de viabilizar gestões participativas.

Há uma carência de processos de avaliação que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam

⁷Sobre as instâncias de pactuação no Sistema Único de Saúde, ver Machado, Lima e Baptista, texto "Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

avaliar, também, o desenvolvimento de políticas ou qualitativo das práticas e dos resultados. Alguns autores têm proposto outras abordagens que levam em conta a integralidade, o processo de trabalho e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários. Para que seja possível construir esse novo modo na gestão, atenção e controle social, precisamos de um outro perfil de trabalho e de trabalhadores.

Um problema de hipertensão arterial, por exemplo, tem de ser acolhido desde a orientação alimentar, com respeito às necessidades e possibilidades pessoais e dos locais de moradia, passando pela orientação e oportunidade de estar em grupo para abordar as questões subjetivas e do andar a vida até a cirurgia e recuperação de uma ponte de safena. Pensando nisto, alguns autores perceberam no espaço do cotidiano dos trabalhadores, em suas práticas e na organização dos processos de trabalho⁸ um potencial enorme de mudanças nos resultados das políticas de saúde. Na dimensão micropolítica da atenção à saúde é onde pode ocorrer, com mais efetividade, a reflexão sobre o ato de cuidar e a relação com a população usuária. Muitos estudos e experiências vêm-se acumulando neste sentido.

Considerações Finais

Pouco a pouco parece surgir a possibilidade de trazer aos serviços e à própria lógica de gestão setorial o componente mais subjetivo dos usuários, aquilo que para as pessoas são necessidades de saúde, mas que não se enquadram no referencial técnico-científico hegemônico.

Novos modelos assistenciais precisam entrar em curso com referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho. Sabemos que hoje é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares. Embora muitas formas de modelagem permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde pela educa-

⁸ Sobre processo de trabalho em saúde, ver Ribeiro, Pires e Blank, texto "A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ção permanente em saúde, pelo menos no que diz respeito à modelagem dos 'corações e mentes'.

Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde.

Bibliografia

- CAMPOS, G. W. S. *Reforma de Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.) *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecnicoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul.-set., 1997.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.
- BRASIL. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MERHY, E. E. & ONOKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PEDUZZI, M. & PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2004.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. *Construção Social da Demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2005.
- PINHEIRO, R.; FERLA, A. A. & SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.) *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E. & CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2003.
- SILVA JÚNIOR, A. G. & MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2004.
- SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. & ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção Social da Demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2005.
- SILVA JÚNIOR, A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2006.
- STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórica-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*, 1991. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas

*Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Gustavo Corrêa Matta*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

Em diversos momentos, a APS tem sido descrita como uma estratégia de atenção à saúde seletiva, focalizada na população mais pobre e portadora de uma tecnologia simples e limitada. Em contrapartida, outros advogam um sentido mais amplo, sistêmico e integrado de APS, possibilitando articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações.

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde.

Este texto tem o objetivo de apresentar, descrever e discutir esses diversos sentidos de APS em uma perspectiva histórica e política, apontando seus avanços, suas contradições e suas estratégias de expansão e operacionalização no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Esta discussão é fundamental para a compreensão do lugar e função dos trabalhadores da APS, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), compreendendo o cenário teórico e político que embasam seus saberes e práticas junto às comunidades e territórios brasileiros. Esperamos que a perspectiva crítica adotada pelos autores incentive a reflexão sobre

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

as realidades loco-regionais, possibilitando o reconhecimento de especificidades e a criação de propostas emancipatórias tanto para usuários quanto para trabalhadores de saúde.

Aspectos Históricos e Conceituais da Atenção Primária à Saúde

A idéia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

O relatório concebia o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação generalista. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária – uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (Ministry of Health, 1920)

Esta concepção, elaborada pelo governo inglês, influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, onde os serviços de saúde devem estar

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição tendo em vista bases populacionais, bem como a identificação das necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, fortalecendo a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. No entanto, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos de saúde, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

O fortalecimento internacional da organização da APS está relacionado às idéias formuladas pela medicina preventiva, especialmente para pensar a prática médica. Com base em uma abordagem integral, a medicina preventiva propôs que a atenção médica, em sua fase inicial, deveria se fazer mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias, o que respaldaria sua intervenção para a prevenção e controle do adoecimento. Formou-se, a partir de então, uma cultura sobre os diferentes momentos da atenção, em que a atenção primária se localizaria na fase inicial do cuidado, antecedendo e definindo uma série de outros cuidados que deveriam ser ofertados por outros níveis de atenção mais complexos (Leavell & Clark, 1976). Esta concepção foi fundamental para formar a base das práticas de APS, ao conjugar duas questões essenciais: a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias.

Sob o signo da medicina preventiva, a medicina comunitária foi amplamente divulgada pelos departamentos das escolas de medicina envolvidos neste movimento e trouxe consigo uma série de idéias e propostas relativas à APS. Estas propostas foram amplamente disseminadas em vários países, tendo forte repercussão nos países mais pobres, posto que se transformaram em estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social.¹

¹ A medicina comunitária surgiu nos EUA, nos anos 60 do último século, como estratégia de prestação de serviços dirigidos à parcela da população desprovida de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista os princípios elaborados pela medicina integral e preventiva. Dentre as razões que motivaram este movimento está o fato de que o médico generalista foi perdendo valor em detrimento das especialidades médicas que passaram a ter maior prestígio, provocando um declínio do número de médicos generalistas (Donnangelo, 1976).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos anos 70, programas nesta linha passaram a ocupar o espaço de ação governamental, sendo remetidos ao campo de competências dos serviços de saúde e à organização de suas ações. É desta forma que a atenção primária ganha destaque na agenda das políticas de saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências difusoras desta proposta.

Os programas de extensão de cobertura foram os principais mecanismos de veiculação dos programas de atenção primária, interpretados como ações elementares que todos os serviços de saúde, até os mais simples, deveriam estar capacitados para provê-los. No centro destas ações estava a atenção médica, e a execução das práticas de promoção da saúde era fundamentalmente impulsionada por pessoas vinculadas às próprias comunidades, treinadas pelos profissionais de saúde.

Nos anos 60 e 70, vários países desenvolveram tais programas de extensão de cobertura e o resultado das várias experiências em curso levou a OMS a organizar a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, que, em linhas gerais, propôs a APS como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, conseqüentemente, alcançar as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000).

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NA CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA (Unicef, 1979:1):

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

Em termos conceituais, foi a partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição para APS.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O documento descreve ainda as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

A OMS enfrentou fortes resistências econômicas e políticas, uma vez que a proposta da APS defendida em Alma-Ata e preconizada no SPT 2000 conflitava frontalmente com os interesses, por exemplo, da indústria de leite e de medicamentos, uma vez que defendia o aleitamento materno e o fornecimento gratuito e até mesmo a fabricação de medicamentos essenciais em países menos desenvolvidos (Matta, 2005b).

Ao longo do tempo, a APS tem adquirido diversos significados para diferentes pessoas, em épocas e lugares específicos, o que coloca desafios importantes para a sua compreensão.

Para iniciar esta discussão, vale lembrar que o vocábulo primário(a), na língua portuguesa, tem vários sentidos e traz em si diferentes possibilidades explicativas, colaborando para a falta de clareza e ausência de consenso em relação ao propósito da APS. A palavra 'primária' pode estar relacionada desde a noção de primitivo, sem refinamento, ou mesmo à idéia de algo que seja principal, central ou essencial (Fausto, 2005).

As várias interpretações que podem ser feitas sobre APS colocam como ponto-chave para essa discussão a necessária contextualização e um olhar político sobre sua compreensão. A tentativa de chegar a uma única definição sobre o que é APS não nos ajuda a compreender o que é APS. É necessário ter claro a época, os atores sociais envolvidos, a cultura e as finalidades do sistema de saúde com base no qual procuramos definir a APS. Devemos considerar ainda que os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas no campo da saúde produzem distintas interpretações e abordagens em APS nos diferentes sistemas de saúde.

Considerando as várias interpretações, a APS também tem sido compreendida como: um 'conjunto de atividades' associadas às práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que podem estar ou não restritas ao campo da saúde; um 'nível de assistência' conectado com os demais níveis que conformam o sistema de serviços de saúde; uma 'estratégia' de organização do

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

sistema de serviços de forma a garantir a efetivação das diretrizes organizativas de um dado sistema de saúde; e como um 'princípio' norteador das ações desenvolvidas em qualquer momento do cuidado ofertado pelo sistema de saúde (Vuõri apud Mata & Ruiz, 1993).

Para Starfield (2002), as interpretações identificadas por Vuõri não são excludentes e podem coexistir em um mesmo sistema de saúde, já que não existe uma única forma de delimitação da APS.

A APS, no sistema de saúde, compreenderia o primeiro nível de atenção, tendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (Starfield, 2002).

Na política de saúde brasileira, predomina a compreensão da APS como o primeiro nível ou o momento em que se inicia o processo da atenção em um sistema de saúde. Como veremos, mais recentemente, além de primeiro nível de atenção do sistema de saúde, a APS é também compreendida como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção do SUS.

Com o objetivo de avaliar as ações primárias de saúde, Starfield define quatro atributos, os quais, na sua concepção, devem balizar a organização da APS. Esses atributos podem ser reconhecidos como elementos que organizam a APS nos serviços de saúde ou fazem parte do processo da atenção neste âmbito. Quais sejam:

- Primeiro contato – implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
- Continuidade – pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.
- Integralidade – as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- **Coordenação** – significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço.

Mata e Ruiz (1993), em acordo com a proposta de Starfield, propõem a intersectorialidade como um outro atributo da APS, visto que a saúde é resultante de múltiplos fatores, o que exige a combinação de ações de diversos setores da sociedade. Para os autores, este deve ser um esforço a ser seguido nas propostas de APS. Além disto, as ações de promoção e a prevenção envolvem mais do que a ação específica dos profissionais de saúde e do Estado. Delas também fazem parte o autocuidado, os cuidados promovidos pelas famílias, pela comunidade, pessoas, grupos, organizações não-governamentais, que de alguma forma promovem a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.

A compreensão a respeito de APS tem sido ampliada ao longo do tempo. O desenvolvimento e a importância deste tema estão muito relacionados às discussões do campo da saúde pública e à organização da atenção à saúde nos sistemas de saúde modernos. Veremos mais adiante como a discussão da APS tem ganhado força na política nacional de saúde, especialmente no que se refere à reorientação do modelo assistencial no SUS.

A Trajetória Histórica e Política da Atenção Primária à Saúde

Desde o momento da organização da Conferência de Alma-Ata já existia uma clara tensão entre duas distintas formas de conceber a atenção primária. Entre os organizadores da Conferência havia quem defendesse a APS em um sentido integrado e outros que a defendiam em um sentido seletivo (Litsios, 2002).

Apesar das divergências conceituais, a APS na Declaração de Alma-Ata foi interpretada como estratégia central de organização do sistema de saúde, que se pretendia mais equitativo, apropriado e efetivo para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população usuária dos serviços de saúde. Nesta concepção estava implícita a necessária relação dos serviços de APS com os demais pertencentes ao sistema de saúde.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Entretanto, no ano seguinte à Conferência de Alma-Ata, realizou-se na Itália a Conferência de Bellagio, onde se disseminou a noção seletiva da APS. Essa Conferência defendeu uma concepção de APS baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza. Esses programas, difundidos principalmente por organismos internacionais em países pobres, propuseram o uso de recursos de baixa densidade tecnológica, sem interface direta com os demais recursos em saúde (Cueto, 2003; Magnussen & Jolly, 2004).

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com as suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional. (Matta & Morosini, 2006: 25-26)

A noção seletiva surgiu da crítica feita à concepção de atenção primária integral defendida na Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla, e por isto com poucas chances de aplicabilidade e de ser realizada no prazo definido pelas metas do 'SPT 2000'.²

As principais críticas referidas à versão seletiva da APS apontavam para a característica de programas verticais não relacionados às causas sociais do processo de adoecimento, além de falarem da adoção de medidas paliativas e do distanciamento da noção de uma atenção integrada às demais ações desenvolvidas em um sistema de saúde (Warren, 1988).

A tensão discursiva entre a noção seletiva e a integral percorreu toda a década de 1980 com reflexos nos anos 90. O resultado dessa polêmica foi favorável às concepções da atenção primária seletiva.

² O documento de base para as discussões da Conferência de Bellagio apontava para o aspecto temporário da proposta de Atenção Primária em Saúde Seletiva (APSS), ao passo que não era possível garantir uma atenção primária integral, conforme proposto pela Conferência de Alma-Ata (Warren, 1988; Cueto, 2003).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A disseminação de programas seletivos de atenção primária em países pobres foi amplamente apoiada por agências internacionais, cujo objetivo era a extensão de cobertura com base na oferta de ações de saúde simples e de baixo custo, principalmente em áreas rurais onde a população não tinha acesso ao sistema de saúde existente.³

O cenário de crise econômica dos anos 80 e a emergência dos governos neoliberais nos países desenvolvidos, que apoiavam projetos de ajuda ao desenvolvimento de países pobres, também foi um fator que colaborou para a disseminação de programas seletivos de atenção primária. As políticas de ajuste estrutural e as idéias sobre reforma do Estado que tinham como alvo a redução de gastos públicos influenciaram na escolha de projetos de mais baixo custo e de curto prazo a serem financiados (Cueto, 2003).

A perpetuação da situação de crise econômica mundial levou muitos países a encaminharem mudanças na condução de sua política. As resoluções voltadas para a organização dos serviços de saúde previam a racionalização do uso dos recursos em saúde, adotando medidas que favorecessem o uso mais adequado das tecnologias pesadas e caras, colocando ênfase nas ações de promoção e prevenção em saúde (Almeida, 1999).

Em contrapartida, os defensores da saúde pública apontavam críticas contundentes ao modelo de atenção baseado na biomedicina, centrado na cura de doenças e na ação hospitalar. Uma ampla discussão sobre os determinantes da saúde também fortalecia propostas de promoção e prevenção da saúde (Buss et al., 2000).

Neste cenário, o viés econômico ganhou destaque na agenda dos organismos de cooperação internacional e passou a orientar as propostas de instituições como o Banco Mundial, principal difusor das idéias de focalização e seletividade das ações dos governos no campo das políticas sociais, especificamente na saúde.

O Banco Mundial defendia as 'cestas básicas' de serviços de saúde, sugerindo que o setor público deveria prover um conjunto mínimo de ações essenciais aos que não pudessem arcar individualmente com os gastos em saúde. A cesta era composta tipicamente por ações classificadas como tecnologias sim-

³ Sobre as relações entre Estado e políticas sociais no capitalismo, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ples e de alto impacto, como vacinação, pré-natal, ações de promoção e prevenção da saúde, ou seja, o mesmo conjunto de ações que compõem a atenção primária desde sua origem. As demais ações em saúde, especialmente aquelas de diagnóstico e terapia que implicam maior custo, deveriam ser ofertadas pelo setor privado (Banco Mundial, 1993).

Praticamente nos anos 90 a OMS abandonou a proposta de APS integral e acompanhou a proposta seletiva do Banco Mundial, mas com uma outra versão. Propôs o chamado novo universalismo, que traz como argumento a noção de sustentabilidade dos governos nacionais. No lugar de assumir todas as ações para toda a população ou só assumir um conjunto mínimo de ações para os pobres, os Estados deveriam se responsabilizar por um conjunto de ações essenciais ofertadas com alta qualidade para toda a população (WHO, 2000).

Mais recentemente, após uma série de críticas às propostas seletivas, além das evidências de que tais medidas não resultaram na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços públicos de saúde, tanto o Banco Mundial quanto a OMS têm revisto suas posições. Atualmente, a OMS tem proposto visitar a Conferência de Alma-Ata, sugerindo um reavivamento dos princípios da APS formulados naquele momento (OMS/Opas, 2003).

Algumas questões têm propiciado o resgate da proposta de APS em seu sentido compreensivo, apontado para a insuficiência e a baixa efetividade da atenção primária como programa desconectado das demais ações do sistema de saúde. O desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, o perfil demográfico da população, o surgimento de novas doenças, o retorno de velhos agravos, entre outras questões econômicas e socioepidemiológicas, que dão contornos ao quadro das condições de saúde de uma população, levam a crer que uma visão restrita de atenção primária não corresponde à realidade atual da atenção à saúde.

Atualmente, o quadro epidemiológico geral das populações é marcado pelas doenças crônicas, que cada vez mais compõem o conjunto de ações abordadas na esfera da atenção primária, pressupondo um cuidado integrado a outros níveis de atenção (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002; Rothman & Wagner, 2003).

Finalmente, o conceito ampliado de saúde, baseado na noção de direito de cidadania, amplitude e diversidade de recursos existentes para lidar com os problemas de saúde de nosso tempo, não comporta ações restritas na APS.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cada vez mais se espera que a APS assuma posição estratégica para a superação de um modelo de atenção que não tem alcançado efetividade nas ações de saúde, além de não ter sustentação econômica nos sistemas de saúde atuais.

De que maneira o Brasil tem estruturado políticas nesta direção?

Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, os antecedentes da atenção primária estão localizados no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) desde os anos 40.⁴ As atividades do Sesp foram influenciadas pela medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos. Seus programas incorporavam serviços preventivos e curativos que contemplavam desde campanhas sanitárias, assistência domiciliar até a assistência médica ambulatorial, serviços de urgência e de internação hospitalar organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde (Fonseca, 2001).⁵

As ações desenvolvidas pelo Sesp tinham como base um programa integrado, compreensivo, que conciliava agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Ações de saneamento e abastecimento de água potável se integravam às de saúde. Entretanto, a atuação do Sesp limitava-se às áreas estratégicas e configurava-se como ações centralizadas, com pouca ou nenhuma articulação com as demais instituições de saúde.

Durante os anos 60, desenvolveram-se no país os primeiros programas de integração docente-assistencial realizados pelos recém-instituídos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), vinculados às escolas de medicina. As experiências em medicina comunitária desenvolvidas em várias localidades do país faziam parte dos programas de formação médica, associados às iniciativas voltadas para a interiorização da medicina.

⁴ O Sesp tinha como um dos seus objetivos centrais proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que naquela época eram relevantes para o Brasil em suas relações internacionais, no período que antecedeu a Segunda Guerra Mundial. Neste sentido, o seu espaço de atuação era a Amazônia (produção da borracha), o estado de Goiás e o Vale do Rio Doce (extração de minérios). A Fundação Rockefeller teve papel fundamental na organização das ações do Sesp, e em seus primeiros anos as atividades desenvolvidas tiveram forte influência da medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos.

⁵ Sobre a história das ações e do sistema de saúde brasileiro, ver Baptista, texto "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Ainda na década de 1960, agências internacionais, como Fundação Kellogg e Fundação Ford, incentivaram a implantação de programas de extensão de cobertura, formulados principalmente por departamentos de medicina preventiva, secretarias estaduais de saúde, em muitos casos havendo convênio entre duas ou mais instituições. Esses programas ocorriam paralelamente às medidas oficiais adotadas pelo governo federal no âmbito da saúde, surtindo um relativo efeito de ampliação do acesso aos serviços de saúde, principalmente em áreas pouco ou nada privilegiadas de recursos nesta área. Constituíram-se, desta maneira, em modelos alternativos ao padrão dominante na política de saúde naquele momento.

Àquela época já era possível identificar discursos e proposições que buscavam repensar o arcabouço dos modelos vigentes de atenção à saúde. Na III Conferência Nacional de Saúde (1963), por exemplo, diversos setores da sociedade brasileira já expressavam, ainda que conflituosa e contraditoriamente, insatisfação com a estrutura do sistema nacional de saúde, especialmente em relação à centralização, à dicotomia entre assistência médica e ações preventivas, à fragilidade do sistema no tocante à sua capacidade para enfrentar os problemas de saúde da população (Luz, 1986).

As propostas alternativas que emergiram dos programas docente-assistenciais e posteriormente dos programas de extensão de cobertura traziam como questão central a compreensão de que não se tratava apenas de construir um modelo de atenção com maior racionalidade técnica, mas construir um novo modelo que fosse mais democrático e inclusivo socialmente, que fosse capaz de se responsabilizar pela saúde das pessoas. A atenção à saúde, neste caso, não se limitava a olhar os processos de adoecimento, mas tinha por referência a noção de que o estado de saúde das pessoas expressava uma relação direta com as condições de vida, o que exige uma intervenção muito mais ampla. Tudo isso configurou uma crítica profunda à medicina preventiva e ao sistema de saúde oficial naquele momento.

Seguindo este pensamento, já nos anos 70, alguns municípios organizaram seus sistemas locais de saúde, tendo como eixo norteador os ideais de extensão de cobertura de ações de saúde nas periferias urbanas, conforme difundidos naquele momento, porém com um diferencial: pensava-se na organização de um sistema de saúde integrado que articulasse as ações típicas de atenção primária a um conjunto maior de ações em saúde. Mesmo com uma

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

oferta de serviços fragmentada, tais propostas apresentavam um leque de ações preventivas e curativas muito diferentes dos programas de medicina comunitária que propunham ações isoladas, sem nenhuma relação com uma rede de referência de maior complexidade.

No final da década de 1970, essas primeiras experiências em atenção primária começaram a ganhar visibilidade, dando o tom à formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde em uma perspectiva de serviços de APS integrados ao sistema de saúde no nível local. Foram exemplares, neste sentido, as experiências na organização de serviços de saúde, nos municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo, e projeto Montes Claros (Goulart, 1996).

Neste contexto, o governo federal editou um programa nacional de extensão de cobertura, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1978, o qual foi bastante inspirado nessas experiências municipais, particularmente na experiência de Montes Claros. O Piass expressou as idéias que faziam parte de um pensamento em destaque naquele momento nas diversas áreas do planejamento econômico e social no país. Nesse programa, as ações de saúde previam o uso de tecnologias mais simples, com utilização ampla de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades. Tinha como propósito criar uma infra-estrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de ações de alcance coletivo.

Inicialmente, o programa foi apresentado como uma proposta seletiva, voltada para regiões mais pobres do país, sendo o Nordeste sua área de atuação, abrangendo o chamado polígono das secas, área coberta pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene). Em 1979, cogitou-se sua extensão para todo o território nacional.

O Piass constituiu-se em uma das primeiras iniciativas formais de integração das ações de saúde com vistas a evitar atuações superpostas e concorrentes dos serviços de saúde. Esta experiência brasileira aconteceu no período áureo da proposta de APS formulada em Alma-Ata.

Apesar de ter respondido de maneira restrita às necessidades de saúde de grupos populacionais desprovidos de acesso aos recursos de saúde, o Piass contribuiu para a redefinição da política de saúde, especialmente em dois sentidos: propôs e investiu nas ações descentralizadoras, acumulando força e apoio dos estados e municípios no sentido da expansão da rede pública de atenção à

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

saúde. A partir da extensão da cobertura, apesar da característica seletiva, colocou em discussão um modelo de organização da atenção à saúde, distinto do predominante. Propôs uma reorientação na organização da atenção, tendo a atenção primária como porta de entrada, e estimulou a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, os quais deveriam compor uma rede única. Esta era uma perspectiva já verificada na experiência do Sesp (Souza, 1980; Rosas, 1981).

Na seqüência do Pias e superando sua característica seletiva, em 1981 foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), cuja temática principal girava em torno da política de extensão de cobertura dos serviços de saúde para todo o território nacional. Pode-se dizer que o Prev-Saúde foi uma tentativa de re-edição do Pias, em uma versão de universalização dos serviços básicos de saúde. O programa previa a expansão da rede pública de saúde por intermédio dos municípios e estados, com integração da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção, tanto do sistema previdenciário quanto das demais instituições públicas de saúde. Em 1980, a proposta ganhou corpo com a configuração formal de suas diretrizes no âmbito da VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS).

Não obstante ter havido consenso no momento de sua formulação, do ponto de vista prático o Prev-Saúde não conseguiu avançar. Contudo, com o aprofundamento da crise da previdência social que afetou a base da política nacional de saúde ao longo da década de 1980, foram adotadas medidas institucionais de caráter transitório que marcaram o início da reforma do sistema. Tais medidas foram colocadas em prática pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), principais instituições que motivaram alterações importantes no curso da política de saúde. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), ao mesmo tempo, davam respostas à crise previdenciária e abriam espaços para a construção de um outro projeto para o setor: o SUS.⁶

A amplitude da agenda de Reforma Sanitária proposta pelo Movimento Sanitário na VIII CNS (1986) empalideceu a discussão sobre atenção primária,

⁶ Sobre os princípios e diretrizes do SUS, ver Matta, texto "Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

conforme se verificou nos anos 70 até a formulação do Prev-Saúde. Temas como financiamento, descentralização, universalização e integração das ações no sistema de saúde adquiriram maior visibilidade no debate e foram matérias de grande negociação no momento da Constituinte.

A atenção primária era um dos aspectos tratados como parte das discussões sobre a integralidade das ações na estrutura do sistema de saúde e não mais como a estratégia para ampliação da cobertura do sistema público de saúde. Esta discussão estava permeada pela noção de que um sistema de saúde inclusivo e baseado nas necessidades de saúde extrapola os limites de uma proposta de extensão de cobertura. Isso pressupunha que a organização da atenção à saúde deveria ser integral tanto do ponto de vista das ações quanto no sentido da articulação da rede de serviços de saúde.

Durante os anos 80 e 90, as propostas para APS no sistema de saúde brasileiro divergiam em muitos aspectos das reformas realizadas em boa parte dos países latino-americanos. Nestes, os governos foram motivados por agências internacionais a adotar políticas de saúde baseadas em programas seletivos de atenção primária e desvinculados de ações realizadas em outros níveis de atenção.

No nosso país, não se questionava o valor da atenção primária no conjunto das ações e serviços de saúde. Entretanto, questionava-se o caráter simplificador da 'medicina pobre para os pobres', adotada como política, cuja racionalidade econômica era a essência das ações promovidas pelo Estado (Testa, 1985, 1992).

Assim, ao passo que muitos sistemas de saúde públicos estavam experimentando reformas no sentido da redução dos custos de suas ações, o Brasil adotou legalmente políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo jamais admitidas anteriormente. Nesta perspectiva, a APS, defendida e garantida no texto da Constituição Federal de 1988, foi pensada com base em princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular.

A Atenção Primária no Sistema Único de Saúde

No SUS, as medidas reformistas implementadas até meados da década de 1990 estavam essencialmente voltadas para o financiamento e a

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

descentralização das ações e serviços de saúde. A ausência de uma discussão mais profunda no âmbito do Ministério da Saúde sobre organização da atenção fez com que prevalecesse, no SUS, o modelo de atenção centralizado, com ênfase na doença e nas ações curativas ofertadas pelos hospitais. As ações de caráter preventivo mantiveram-se sob o predomínio da lógica dos programas verticais e das campanhas sanitárias. O tipo de financiamento adotado favorecia as ações de saúde hospitalares e, na esfera das ações ambulatoriais, manteve-se a lógica da produção de atos médicos (consultas médicas especializadas, recursos diagnósticos e terapias) não favorecendo as ações de promoção e prevenção em saúde.

No curso do processo de descentralização do sistema de saúde, alguns municípios construíram propostas alternativas e muito variadas em termos da organização da atenção, tendo como foco a atenção primária. As experiências locais favoreceram a ampliação da discussão sobre a crise do modelo assistencial, intensificando a valorização deste tema na agenda reformista do setor no decorrer da década de 1990.

Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96. Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O Pacs e posteriormente o PSF surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada.

A institucionalização do Pacs estava associada também à ação do governo federal para enfrentar o problema dos altos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias na região Nordeste do Brasil, posteriormente se estendendo à região Norte. O PSF, considerado uma derivação e ampliação do Pacs, embora não assumido formalmente como um programa seletivo, priorizou sua implantação em áreas de maior vulnerabilidade social, tendo como base de informação o mapa da fome produzido pela Comunidade Solidária (Dal Poz & Viana, 1998).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As características do Pacs e PSF, programas que deram expressão à APS na agenda da política de saúde dos anos 90, no primeiro momento, guardavam semelhanças com os programas formulados nos anos 70, nos seguintes aspectos:

- a extensão de cobertura de recursos assistenciais estava relacionada à oferta de ações específicas de saúde direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis com dificuldades para acessar e usar os serviços de saúde;
- na medida em que surgem como programas verticais desarticulados da rede de serviços de saúde, na sua origem não apresentavam elementos suficientemente fortes para reordenar a organização da atenção no âmbito do SUS.

Claramente se verifica que os limites institucionais e os acordos possíveis desta fase da implementação da política de saúde refletiram no desenho dessas primeiras iniciativas de reorganização da atenção dando um tom seletivo aos referidos programas de atenção primária. Até o momento da formulação do PSF não existia na estrutura do Ministério da Saúde nenhuma área peculiar que abrigasse a atenção primária como nível de atenção. As ações desse cunho constituíam-se em ações programáticas organizadas segundo problemas específicos: saúde da criança, da mulher, mental, hipertensão arterial, tuberculose, entre outros, considerados ações prioritárias, vinculadas ao Departamento de Políticas de Saúde.

A posição marginal que ocupava o Pacs e o PSF dentro do Ministério da Saúde contribuiu para que tais programas assumissem no primeiro momento um perfil segmentado. Sua vinculação se fez junto à Coordenação da Saúde da Comunidade (Cosac) dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sob responsabilidade da Gerência Nacional do Agente Comunitário e da Gerência da Saúde da Família. O PSF nasceu descolado das áreas programáticas e nos seus primeiros anos de existência manteve-se fora da estrutura do Ministério da Saúde.

Uma das primeiras medidas que provocou a saída do PSF da posição marginal para uma posição de destaque no âmbito da política foi a mudança na sua vinculação institucional. O programa foi transferido da Funasa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), sendo ligado diretamente ao Departa-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

mento de Assistência e Promoção à Saúde. Essa medida partiu do Ministro Adib Jatene, sensibilizado quanto ao potencial do PSF para o fortalecimento da atenção primária na política de saúde.

A grande alteração nesse sentido foi a edição da NOB SUS 01/96, quando se instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB). Aos municípios seria repassado um valor específico por meio do Fundo Municipal de Saúde, cujo cálculo seria de base *per capita*, para incentivar a organização da rede básica de saúde no nível local. O PAB apresenta uma versão variável destinada ao incentivo de ações e projetos prioritários, dando ênfase ao Pacs e ao PSF. Com a edição dessa Norma Operacional, o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente a implantação do PSF e do Pacs nos sistemas locais de saúde como estratégias para reorganização do modelo de atenção na rede pública de saúde. Estas medidas foram conduzidas como parte do processo de descentralização em curso no país.⁷

A análise da trajetória do PSF indica dois momentos diferentes do programa. O primeiro marca sua fase de formulação e implantação quando o programa ocupava uma posição marginal no contexto global da política de saúde, apresentando características de focalização. No segundo momento, o PSF, como proposta organizativa da APS, passa a ser considerado estratégico para reorientação do modelo de atenção ainda predominante no SUS.

Do ponto de vista da abordagem, O Pacs e o PSF trouxeram a família e a comunidade como norteadores da organização da atenção à saúde quando tradicionalmente a abordagem individual centrada na doença dominava a ação programática da política nacional de saúde. A proposta de organização da atenção inerente ao PSF foi assumida pelo Ministério da Saúde como estratégica para a reorganização da atenção básica do SUS.

A ABS, então, configura-se como primeiro nível que se articula sistemicamente aos demais de serviços de saúde de maior complexidade assistencial, cuja abrangência provê ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território (Levcovitz & Garrido, 1996; Cordeiro, 1996; Brasil, 1999).

⁷ Sobre o incentivo financeiro da APS no SUS, ver Serra e Rodrigues, texto "O financiamento da saúde no Brasil", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os incentivos do Ministério da Saúde à implantação do PSF visavam desenvolver as ações básicas e promover a reorganização das práticas de saúde não somente neste nível de atenção, mas com reflexos em todo o sistema. O modelo PSF propõe que a equipe multidisciplinar assuma a responsabilidade sobre um território onde vivem e trabalham um quantitativo de pessoas, tendo como foco de intervenção a família, buscando imprimir uma atenção continuada, intersetorial e resolutiva com base nos princípios da promoção da saúde (Brasil, 1999).

Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica em Saúde

Vários autores tratam indistintamente os termos 'Atenção Primária à Saúde' (APS) e 'Atenção Básica em Saúde' (ABS), apontando para o reconhecimento e utilização internacional da APS; portanto, ABS seria uma descrição brasileira de uma concepção forjada historicamente no cenário internacional (Matta, 2006).

Atualmente, alguns autores, o próprio Conass e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Assim, é claro que, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família. (Conass, 2007: 18)

O termo atenção básica foi assumido na política nacional de saúde a partir da NOB SUS 01/96. Na análise dos atores envolvidos na condução da política, a opção pelo termo deveu-se essencialmente ao fato de que, naquele momento, existia, do ponto de vista ideológico, uma forte resistência de alguns atores ao termo atenção primária à saúde, principalmente porque, como dito anteriormente, o propósito seletivo prevalecia na concepção veiculada por organismos internacionais. O que se propunha para a Reforma Sanitária brasileira era uma estratégia e um dispositivo de atenção integral à saúde e articulada ao sistema de saúde de base universal (Sampaio & Souza, 2002; Fausto, 2005).

Conforme a atual Política Nacional de Atenção Básica, a ABS é pautada pelos princípios do SUS, caracterizando um dispositivo do sistema de saúde brasileiro que deve garantir principalmente a universalidade, a integralidade e participação popular.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006: 2)

A globalização da economia e, conseqüentemente, suas estratégias de uniformização do campo da saúde, apontam para o uso de termos e definições que procuraram apagar a historicidade e as especificidades políticas, sociais e culturais dos Estados Nacionais e suas populações. Atualmente, essas estratégias têm sido denominadas Políticas de Saúde Globais, uma vez que impõem uma transterritorialidade aos sistemas e políticas de saúde nacionais, da qual a APS é um de seus principais exemplos (Matta, 2005a).

A OMS, o Banco Mundial e a Unicef são alguns dos organismos internacionais que formulam e propõem a APS como um programa a ser desenvolvido tendo em vista recomendações e diretrizes que não dialogam com as especificidades dos sistemas nacionais de saúde, desconsiderando, em nome de proposições custo-efetivas, os pactos nacionais, a participação popular e principalmente a discussão sobre a saúde como um direito.

Neste sentido, ABS é a noção que melhor representa a história e a concepção do sistema de saúde brasileiro, fundado nos ideais da Reforma Sanitária e nos princípios e diretrizes do SUS.

Considerações Finais

O PSF tem ocupado um espaço importante na agenda da política de saúde. Mas, ao mesmo tempo, por ser um modelo específico de organização da atenção que tem incentivado à implantação nas diferentes realidades do país, tem provocado críticas importantes à sua estruturação e implementação.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Parte das críticas feitas ao PSF, principalmente nos primeiros anos de sua implantação identifica o programa como vertical e seletivo, muito próximo das cestas básicas propostas pelo Banco Mundial. Outros argumentos apontam que o PSF não é uma proposta inovadora como propõem seus formuladores. Ao contrário, traz de volta propostas já superadas, como a da medicina comunitária ou da medicina simplificada direcionada para os pobres. Outras críticas apontam o caráter centralizador dessas medidas, argumentando que a definição prévia da alocação dos recursos financeiros limita as chances dos municípios em adotar modelos de atenção mais condizentes com a realidade local.

Mesmo que não se possa falar que haja consenso em torno do PSF, é indiscutível que sua formulação tenha provocado a reestruturação e o fortalecimento das diretrizes da atenção primária no âmbito da política nacional de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe incontestável relevância para a atenção básica na agenda decisória da política nacional de saúde e por várias razões tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção.

Especialmente a partir de 1998, a ESF tem-se desenvolvido em todo o país, sendo notáveis a expansão geográfica de cobertura e a ampliação quantitativa das equipes do PSF nos muitos e variados municípios e regiões do Brasil. Todavia, devemos considerar as diferenças regionais e municipais verificadas nesse processo. A gestão da atenção básica é muito variada entre os municípios brasileiros que também são muito desiguais entre si em termos demográficos, econômicos, culturais e institucionais. Os diferentes momentos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de implantação do PSF e de organização da atenção básica (Viana et al., 2002; Brasil, 2002).⁸

Boa parte dos problemas e constrangimentos verificados no desenvolvimento do PSF e mais amplamente na atenção básica tem relação com a própria vulnerabilidade do SUS. Em última instância, refletem as diretrizes da política econômica vigente no país que atingem brutalmente as políticas sociais. O SUS ainda apresenta marcas de um sistema de saúde fragmentado, no qual as instituições de saúde são pouco articuladas, suas ações são, em grande medida,

⁸ Sobre a relação entre as instâncias de gestão do SUS, ver Machado, Lima e Baptista, texto "Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

desintegradas e o acesso da população aos recursos nos diferentes níveis de atenção é predominantemente muito desigual. Isto tem reflexos na atenção primária e em qualquer outro momento da atenção fornecida pelo SUS.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se possa afirmar que as medidas de fortalecimento da atenção básica adotadas pelo governo federal foram capazes de reorientar o modelo assistencial nos serviços de saúde do país e de consolidar uma maior qualidade e satisfação do usuário com os serviços prestados pela rede pública.

Sabemos que, apesar dos investimentos crescentes na atenção básica, ainda se mantém o modelo assistencial em que a lógica da organização da atenção ainda parte muito mais dos procedimentos previamente definidos do que propriamente das necessidades de saúde apresentadas pela população em territórios específicos. As ações de promoção e prevenção ainda apresentam um viés essencialmente vertical, programático e campanhista. Apesar da ampliação dos recursos financeiros em APS, esses investimentos apresentam mais reflexo na ampliação do acesso do que na redefinição do modelo assistencial.

Referências

- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendência de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 263-289, 1999.
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: investindo em Saúde*. Washington: Banco Mundial, 1993.
- BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H. & GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama*, 288(14): 1775-1779, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf>. Acesso em: 28 out. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, P. M. et al. Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. (Mimeo.)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: Conass, 2007.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos Saúde da Família*, 1(1): 13-18, 1996.
- CUETO, M. *The origins of primary health care and selective primary health care*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. (Mimeo). Disponível em: <www.globalhealthtrust.org/doc/Word%20Marcos%20Cueto.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2004.
- DAL POZ, M. R. & VIANA, A. L. D'A. *Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 166)
- DONNANGELO, M. C. F. *O Campo de Emergência da Medicina Comunitária*, 1976. Tese de Livre-docência, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- FAUSTO, M. C. R. *Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*, 2005. Tese Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- FONSECA, C. O. As campanhas sanitárias e o ministério da saúde (1953-1990). In: BENCHIMOL, J. (Coord.) *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Cuidados Primários de Saúde*. Brasil, 1979. (Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978)
- GOULART, F. A. A. *Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.
- LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEVCOVITZ, E. & GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família*, 1: 5-12, 1996.
- LITSIOS, S. The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*, 32(4): 709-732, 2002.
- LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. v.4 (Biblioteca de Saúde Coletiva)
- MAGNUSSEN, L. E. J. & JOLLY, P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs*, 23(3): 67-176, 2004.
- MATA, J. A. S. & RUIZ, M. L. F. Definición y características de la atención primaria de salud. In: FADSP (Org.) *Situación Actual y Futuro de la Atención Primaria de Salud*. Madri: FADSP, 1993. (Sanidad Pública, n. 7)

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- MATTA, G. C. *A Medida Política da Vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*, 2005a. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde*, 3(2): 371-396, 2005b.
- MATTA, G. C. A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: EPSJV. (Org.) *Estudos de Politecnicia e Saúde*. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.
- MATTA, G. C. & MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: EPSJV (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.
- MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm> Acesso em: 25 set. 2006.
- OMS/OPAS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros*. Washington D.C., EUA: OMS, Opas, 2003. (Informe Final)
- ROSAS, E. J. *A Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil. Piass – análise de uma experiência*, 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ROTHMAN, A. A. & WAGNER, E. H. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, 138(3): 256-261, 2003. Disponível em: <<http://www.annals.org/cgi/content/full/138/3/256>>. Acesso em: 17 ago. 2004.
- SAMPAIO, L. F. R. & SOUZA, H. M. Atenção básica: política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. (Orgs.) *Recursos Humanos em Saúde – política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. São Paulo: NEPP, Unicamp, 2002.
- SOUZA, J. A .H. O modelo Piass, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços básicos de Saúde. In: VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- TESTA, M. Atención primaria o primitiva? *Cuadernos Medico Sociales*, 34: 3-13, dic., 1985.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Tradução de Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

VIANA, A. L. D'A. et al. *Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos*. Relatório síntese da pesquisa. 2002. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/ascom/indicadorespsf>>. Acesso em: 15 dez. 2004.

WARREN, K. S. The evolution of selective primary health care. *Social Science and Medicine*, 26(9): 891-898, 1988.

WHO. *World Health Organization. Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, 2000. Disponível em: <www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/index.htm>. Acesso em: 9 set. 2004.

Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde¹

*Anamaria D'Andrea Corbo
Márcia Valéria G. C. Morosini
Ana Lúcia de Moura Pontes*

Introdução

Este artigo tratará de apresentar e discutir a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com base em três eixos. Primeiro, uma retomada da discussão sobre modelos tecnoassistenciais em saúde como subsídio para uma reflexão crítica sobre a ESF. Segundo, a discussão da atenção primária em saúde como campo onde se desenvolvem as concepções, diretrizes e princípios que orientam politicamente a saúde da família no país. E, por fim, a recapitulação da história recente de iniciativas no campo da organização da atenção à saúde no Brasil, o surgimento da saúde da família, sua configuração e desafios no momento. Procuraremos em todo texto destacar as questões pertinentes para pensar a formação e a prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A Pertinência da Discussão sobre Modelos Tecnoassistenciais em Saúde para Pensarmos a Saúde da Família

Para compreendermos o surgimento e a consolidação da ESF, acreditamos ser necessária uma reflexão anterior, que é a discussão de modelos assistenciais. Fazemos essa colocação, pois entendemos que o trabalho dos ACS se insere em uma disputa de projetos de modelos de atenção, principalmente no sentido de ser uma estratégia substitutiva do modelo hegemônico. Assim, quando ouvimos o discurso que o papel dos ACS é enfatizar a dimensão de prevenção e promoção, e não a curativa, temos uma simplificação de uma discussão complexa, que tem uma base histórico-conceitual definida e que precisa ser entendida para ser superada.

¹ Este texto amplia e revisa a discussão iniciada no texto "Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde", de Corbo e Morosini (2005).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Assim, retomamos a definição de Paim (2003: 567-568) sobre modelos assistenciais:

Modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais, etc.).

Para analisarmos essa definição, devemos considerar a discussão de tecnologia proposta por Merhy (2002), de modo que entendemos como 'combinações tecnológicas' não somente o uso de equipamentos (tecnologia dura), mas também de saberes disciplinares (tecnologia leve-dura) e da dimensão relacional (tecnologias leves) como recursos.

Desta forma, Paim (2003) nos mostra que é possível reconhecer uma racionalidade na forma como as práticas, serviços e sistemas de saúde organizam seus recursos tecnológicos para responder aos problemas de saúde de indivíduos e populações. Vão determinar esse arranjo tecnológico a conceituação de processo saúde-doença que o subsidia, que vai permitir o reconhecimento do que são problemas e necessidades de saúde aos quais os profissionais e serviços devem responder, assim como quais são as práticas e saberes válidos para essa resposta. Também a forma como os serviços organizam as relações e o processo de trabalho é determinada por essa racionalidade.

Campos (1992) e Merhy (2002), por enfatizarem as dimensões tecnológicas e assistenciais dos modelos assistenciais, fazem uma defesa da denominação de modelos tecnoassistenciais. Merhy, Cecilio e Nogueira (1991) propõem essa denominação e explicam suas implicações:

Entendendo, deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando numa dimensão assistencial e uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político. (Merhy, Cecilio e Nogueira, 1991: 84)

Essa análise dos autores enfatiza uma disputa de projetos políticos que sustentam um modelo tecnoassistencial, ou seja, ao elaborarem uma proposta de arranjos tecnológicos para responder às necessidades de determinada população, os sujeitos expressam desde sua concepção de saúde quanto seu projeto

SAÚDE DA FAMÍLIA

de sociedade. Assim, quando nos propomos a uma análise da ESF no Brasil, estamos apontando para um processo de disputa de projetos de modelos assistenciais. Principalmente, é uma disputa pela substituição do modelo hegemônico da medicina científica.

O modelo de medicina científica² tem sua base no fortalecimento das ciências biológicas – com destaque para a patologia e a fisiopatologia –³ no estudo das doenças e tem como um marco para sua consolidação os impactos produzidos pelo relatório Flexner (1910), que realizou uma série de orientações para as escolas médicas nos EUA.

Dessa forma, o modelo que denominamos medicina científica ou biomédico tem como características (Silva Júnior, 2006):

- A) Mecanicismo – o corpo humano é visto como uma máquina.
- B) Biologismo – devido à sua origem nos avanços da microbiologia, tem uma concepção exclusivamente biológica da doença, exclui determinantes econômicos ou sociais.
- C) Individualismo – a medicina elege o indivíduo como objeto, alienando-o de sua vida e dos aspectos sociais, a doença é vista como restrita a práticas individuais.
- D) Especialização – mecanicismo induziu o aprofundamento do conhecimento científico na direção de partes específicas do corpo humano, na organização da formação e nas práticas de saúde.
- E) Exclusão das práticas alternativas – a medicina científica se impõe sobre outras práticas médicas.
- F) Tecnificação do ato médico – necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica, produzindo uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças.
- G) Ênfase na medicina curativa – prestigia o processo fisiopatológico como base do conhecimento para diagnóstico e terapêutica.
- H) Concentração de Recursos – devido à dependência crescente de tecnologia, houve uma concentração das práticas médicas em hospitais, como centros de diagnóstico e tratamento.

² Sobre a constituição da medicina científica, ver Lima, texto “Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde”, no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

³ Para aprofundamento sobre as bases da medicina científica, ler Foucault (1977) e Canguilhem (2006).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da década de 1970, esse modelo configura-se como um modelo em crise, pois o que se observava eram profundas desigualdades das condições de saúde da população e na oferta de serviços de saúde. Ademais, um custo crescente na prestação dos serviços de saúde com baixa resolubilidade, com excessiva especialização dos profissionais e serviço, um uso acrítico da tecnologia, a perda da dimensão cuidadora e relacional das práticas de saúde e a crescente caracterização da saúde como produto de mercado também se apresentavam como característica desse modelo. Entretanto, é interessante lembrar que, na verdade, desde a década de 1920 existiam críticas à medicina científica, como as presentes no Relatório Dawson, porém mais fortemente a partir da década de 1970 surgem propostas de reorganização do modelo de atenção.

Assim, é fundamental assinalar que, nessa época, havia uma ampla discussão internacional sobre propostas que visassem a modificar a forma de operação dos sistemas de saúde, tendo como pano de fundo novas concepções de processo saúde-doença. A publicação do relatório Lalonde, em 1974, no Canadá, é considerada um importante marco nas discussões sobre os sistemas de saúde nacionais. Por meio do modelo do campo da saúde, Lalonde propõe as dimensões da biologia humana, do ambiente, dos estilos de vida e da organização da atenção à saúde como componentes essenciais de análise dos problemas e necessidades de saúde de uma determinada população (Mendes, 1996).

Na trigésima reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1977, os países participantes elegeram como meta principal “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva” (Starfield, 2002). Esta declaração, conhecida como ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, foi fundamental para o consenso alcançado na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, em que os princípios da atenção primária à saúde foram apresentados como o meio necessário para a efetivação das propostas elaboradas durante a conferência.

Ou seja, apontamos que o debate sobre a crise do modelo da medicina científica, ao lado da possibilidade de compreender o processo saúde-doença e as práticas de saúde de uma nova forma é que subsidiaram a formulação de novas propostas para a organização dos serviços de saúde. Gostaríamos de enfatizar que essas propostas buscam romper com concepções muito enraizadas nos profissionais de saúde e na população. Portanto,

SAÚDE DA FAMÍLIA

propor uma nova estratégia para atenção à saúde significa romper com essas concepções.

Destarte, compreendendo-se que as atividades do ACS envolvem a prevenção de doenças e promoção da saúde (conforme a portaria n. 648/2006, do Ministério da Saúde, determina), podemos produzir uma atuação na área da saúde da mulher, por exemplo, centrada na realização de exames preventivos das doenças prevalentes e de um pré-natal adequado. Por trás dessa organização das práticas do ACS, podemos ter uma visão que restringe a saúde da mulher à sua dimensão orgânica-patológica e reprodutiva, centrada na realização de procedimentos técnicos como garantia de realização de alguns exames. Deixa-se em segundo plano as relações de gênero, as implicações da cultura (local e midiática) na produção da sexualidade e concepções de corpo, e entende-se o papel social da mulher como simples reprodutora. Porém, se entendemos diferentemente o corpo, processo saúde-doença e o papel social da mulher, novas práticas para o ACS se configuram. E este é o desafio da saúde da família e da formação e prática dos ACS.

Feitas essas considerações, passamos ao segundo eixo de construção do presente texto, ou seja, as inflexões político-ideológicas do paradigma da atenção primária à saúde no campo da organização da atenção à saúde no Brasil. Nesse sentido, utilizamos como referência principal os textos de Starfield (2002) e Mendes (2002).

A Atenção Primária à Saúde

A Assembléia Mundial de Saúde, em sua reunião de 1979, definiu o conceito de atenção primária à saúde como:

A atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS apud Starfield, 2002: 31).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Alguns autores (Starfield, 2002; Mendes, 2002) consideram que, para a efetiva organização de um sistema de saúde por meio da atenção primária, faz-se necessário que alguns princípios sejam observados: o 'primeiro contato', a 'longitudinalidade', a 'integralidade' e a 'coordenação da atenção'. Cabe ressaltar que tais princípios devem ser considerados em conjunto, não sendo adequada a operacionalização de um serviço de atenção primária à saúde sem a devida transversalidade e interdependência destes.

Starfield (2002) compara o 'primeiro contato' a uma porta de entrada, noção que implica a acessibilidade e o uso de serviços de acordo com a necessidade demandada pela população. Dessa forma, a atenção ao primeiro contato é definida com base na percepção de necessidade da população conjugada com a utilização do serviço disponível, ou, como define Starfield (2002), a atenção ao primeiro contato pode ser avaliada pela acessibilidade (elemento estrutural) do serviço de saúde e pela sua utilização (elemento processual). Com base nesta lógica, um serviço de atenção primária funciona como a porta de entrada do sistema de saúde organizado em diferentes níveis de atenção, constituindo, ao mesmo tempo, um nível próprio de atendimento. Um médico de atenção primária, médico de família ou generalista é o profissional que está, em tese, mais capacitado para avaliar a indicação e o encaminhamento, quando for o caso, da melhor possibilidade de atenção para a situação apresentada. Esse profissional, em função de sua proximidade em relação ao contexto social da comunidade atendida, estaria mais apto a realizar a mediação necessária entre o incômodo expresso pelos sujeitos que a ele recorrem, facilitando a identificação do melhor caminho a seguir no sistema. O sistema de saúde passa a operar com a utilização mais racional de recursos, e apenas as situações que requerem atenção mais especializada são encaminhadas aos outros níveis de atenção.

A 'longitudinalidade' é definida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo (Mendes, 2002). A essência da longitudinalidade (Alpert & Charney apud Starfield, 2002) é uma relação pessoal duradoura, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos. Para tanto, faz-se necessário que a população identifique a fonte de atenção como sua principal referência na busca de cuidados de saúde. A construção de vínculos com a equipe de saúde é fundamental neste processo. Conforme apontam

SAÚDE DA FAMÍLIA

Franco, Bueno e Mehry (1999), em todo lugar que ocorre um encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário, operam-se processos tecnológicos que visam à produção de relações de escuta e responsabilização e que se articulam com a constituição de vínculos e compromissos, com o objetivo de produzir algo que represente a conquista do controle do sofrimento e/ou produção de saúde. Sob este ponto de vista, a constituição dos vínculos é determinada pela necessidade, por parte do usuário, de estabelecer um controle sobre o seu processo de sofrimento.

O princípio da 'integralidade' é entendido como um conjunto de serviços prestados pela equipe de saúde, que visa a atender às necessidades mais comuns da população – adscrita –, buscando também a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas apresentados (Mendes, 2002). Pelo fato de ser considerado a porta de entrada do sistema e se responsabilizar pelo atendimento continuado de uma determinada população, um serviço de atenção primária à saúde é o nível de atenção que possui a melhor condição de contextualizar o problema de saúde e identificar os diversos determinantes que contribuíram para a sua manifestação. Starfield (2002) acrescenta, ainda, que a variedade de tipos de problemas de saúde na atenção primária é muito maior do que em qualquer outro nível de atenção, sendo mais ampla, portanto, a variedade de todos os tipos de intervenção.

A 'coordenação' da atenção diz respeito à capacidade de um serviço centralizar e disponibilizar informações a respeito de problemas e serviços anteriores utilizados pelo paciente, com o objetivo de constituir uma sólida base de informações, essencial para o atendimento do problema apresentado. Um serviço de atenção primária à saúde deve ter ciência da necessidade do desenvolvimento de instrumentos capazes de gerar toda a informação necessária sobre o histórico do paciente e a utilização dos vários recursos acessados por ele, na tentativa de solucionar a situação apresentada. A coordenação da atenção possui uma importância vital, porque à medida que aumenta a variedade de serviços oferecidos ocorre um maior encaminhamento da população para os outros níveis de atenção à saúde que não a atenção primária. Está intrinsecamente ligada ao princípio da longitudinalidade e depende do desenvolvimento de mais conhecimento a respeito do processo de encaminhamento, da transferência de informações derivadas dos encaminha-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

mentos e do quanto os médicos da atenção primária reconhecem estas informações (Starfield, 2002).

Cabe ressaltar, entretanto, que o modelo de atenção primária à saúde possui interpretações diferenciadas. Para alguns, é concebido como um programa focalizado para populações empobrecidas, com baixa incorporação tecnológica, utilização de uma força de trabalho pouco qualificada e com pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações. Criado tendo em vista a necessidade de redução de custos e da reforma do Estado, proposta pelos organismos internacionais, esta formulação pressupõe uma atenção de baixo custo, descontinuada e sem articulação com os outros níveis do sistema de saúde. Em contrapartida, existe também a concepção de que a atenção primária à saúde, como um modelo de organização dos sistemas de saúde, se estrutura e se operacionaliza de forma a procurar atender às necessidades da população, implicando a sua articulação com os outros níveis do sistema. Deste modo, o sistema de saúde é concebido como uma rede integrada de serviços de atenção à saúde que funcionam de forma articulada na promoção de uma atenção continuada.

No âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da atenção primária à saúde é a 'atenção básica'. Esta designação, essencialmente brasileira, foi formulada com o intuito de "construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção" (Brasil, 2003a: 7)

Assim, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) define Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Percebe-se por trás dessa conceituação a defesa do conceito de saúde conforme este foi definido no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde,⁴ isto é, como “a resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Baptista, 2005: 30) e a defesa da consolidação dos princípios do SUS.⁵

Estendendo a Cobertura em Saúde: Sesp, Fundação Sesp, Piass⁶

Cabe perguntar aqui como esse debate sobre modelos tecnoassistenciais e atenção primária se apresentou no Brasil? Nesse momento, iremos contextualizar esses debates dentro da história das políticas de saúde, com um recorte que privilegia os subsídios da consolidação da ESF como proposta de organização da Atenção Básica no Brasil.

Como dissemos na primeira parte, a discussão de modelos tecnoassistenciais nos permite reconhecer que existem diferentes propostas de organização e distribuição da atenção à saúde. Silva Júnior (2006) apresenta que, no Brasil, foram constituídos três modelos:

- Modelo de Saúde Pública: surgiu no início do século XX. Englobava a estratégia de combate de epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias e, pela proposta do Centro de Saúde, difundida pela Fundação Rockefeller, que prestava serviços para combate de doenças endêmicas, vacinações, puericultura, pré-natal e outras atividades de prevenção.
- Modelo de assistência médico-previdenciário: surgiu na década de 1920, e envolvia a prestação de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Englobava a rede de hospitais ligados aos institutos de Assistência e Previdência, incorporando a concepção da medicina científica de assistência. Representa o modelo liberal ou liberal-privatista hegemônico no Brasil.

⁴ Sobre as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, ver Baptista, texto “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

⁵ Sobre os princípios do SUS, ver Matta, texto “Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

⁶ Serviço Especial de saúde Pública (Sesp), Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- Medicina Comunitária: difundida nas universidades a partir da década de 1960, pela construção de núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos, e os frutos dessas experiências vieram a constituir a base do movimento de Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980.

Apresentados esses grandes marcos, iremos enfatizar a recomposição da trajetória das iniciativas de extensão de cobertura da saúde no Brasil, buscando elementos inspiradores para a construção da ESF. Essa tarefa foi facilitada pela contribuição de Silva e Dalmaso (2002), que recuperaram essa história em trabalho recente sobre a prática e a identidade dos ACS. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e a implantação dos programas de extensão de cobertura foram algumas das propostas que embasaram e determinaram o surgimento das diretrizes e dos princípios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Criado em 17 de julho de 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, como consequência de convênio firmado entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, o Sesp tinha como atribuições centrais o saneamento da região Amazônica e do Vale do Rio Doce, a prevenção e as investigações sobre a malária, a assistência médico-sanitária dos trabalhadores inseridos em atividades ligadas ao desenvolvimento econômico das regiões, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração no combate à lepra.

Foram atendidos principalmente:

os trabalhadores removidos do Nordeste para a exploração da borracha na região Amazônica, bem como populações já existentes na área e os que trabalhavam na extração da mica e cristal da rocha nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás e ainda os que trabalharam na reconstrução da Estrada de Ferro Vitória-Minas, da Companhia Vale do Rio Doce. (Silva & Dalmaso, 2002: 23-24)

A especificidade da escolha pelo Amazonas e o Vale do Rio Doce era devido ao fato de que estas regiões eram grandes produtoras, respectivamente, de borracha e minério de ferro, matérias-primas importantes para a ofensiva de guerra norte-americana. Os altos índices de malária e febre amarela que acometiam os trabalhadores dessas regiões poderiam prejudicar os interesses dos Estados Unidos, daí a necessidade de implantar estratégias que objetivassem diminuir a incidência de tais doenças.

SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da década de 1950, o Sesp expandiu seu campo de atuação e intensificou suas atividades, passando a desenvolver ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis em várias regiões do país. Através da lei n. 3.750, de 1960, o Sesp foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F. Sesp), vinculada ao Ministério da Saúde. Em 1990, a F. Sesp e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) foram integradas à Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Conforme analisam Silva e Dalmaso (2002), a F. Sesp funcionou como um 'laboratório' para o aperfeiçoamento dos princípios e normas que hoje fundamentam o Pacs e o PSF. Segundo as autoras, algumas das principais diretrizes destes programas – como a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade, a abordagem familiar, a adscrição de clientela, o trabalho com equipes multiprofissionais, o enfoque intersetorial, o tratamento supervisionado para o controle de algumas doenças e a realização de visitas domiciliares – já faziam parte do modelo de assistência desenvolvido pela F. Sesp.

O delineamento do surgimento do Pacs e do PSF também tem como um importante marco de referência o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), referente ao período 1975-1979. Nesse período, a assistência médica brasileira caracterizava-se por um quadro de grandes contrastes: por um lado, uma medicina altamente especializada e cara, restrita a um pequeno segmento mais privilegiado da população; por outro, o não-atendimento das necessidades básicas de grandes parcelas da população.

Em 1972, foi elaborado, na III Reunião Especial de Ministros de Saúde da América Latina, o II Plano Decenal de Saúde para as Américas, que recomendava a todos os países o desenvolvimento de estratégias de extensão de cobertura dos serviços de saúde. No Brasil, o surgimento dos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) decorre da adoção de uma política social pelo Estado, o que se encontra expresso no II PND (Silva, 1983). O II PND formulava metas próprias para a política social cuja implicação mais ampla dizia respeito à superação da marginalidade social, econômica e cultural de grande parte da população brasileira. A Lei do Sistema Nacional de Saúde, criada após o II PND – lei 6.229, de 17 de julho de 1975 – foi considerada a primeira definição sistemática de uma política de saúde para o país. Por intermédio desta lei foram designados e ordenados os setores institucionais sob cuja responsabilidade deveriam ser desenvolvidas as ações pertinentes à saúde: o Conselho de Desenvolvimento

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Social e os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior, da Educação e Cultura e o do Trabalho.

Nesse contexto, surgem os PECs, na segunda metade da década de 1970, como proposta governamental de atendimento às necessidades básicas de saúde da população, até então sem assistência. Tais programas baseavam-se nas concepções do movimento da medicina comunitária, que preconizava, entre outros pontos, a integração de atividades preventivas e curativas voltadas para o indivíduo e a coletividade, a utilização de equipes de saúde, o uso de tecnologias apropriadas e o recurso à participação comunitária.

Os PECs que tiveram maior expressão no país foram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), instituídos no âmbito do II PND.

O Ppreps foi criado em 1975 pelo Ministério da Saúde em colaboração com o Ministério da Educação e Cultura e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Seu objetivo era preparar trabalhadores visando a um processo de extensão de cobertura adequado às diferentes necessidades de diversas regiões brasileiras. Como estratégia, definiu um processo de preparação de trabalhadores de nível médio e elementar em larga escala (Silva & Dalmaso, 2002).

Criado em 1976, a princípio para a região Nordeste, o Piass tinha por finalidade implantar estruturas básicas de saúde nas comunidades de até 20.000 habitantes, assim como contribuir para a melhoria do nível de saúde da população local (Souza, S. P. S., 2001). O programa possuía como diretrizes básicas a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades beneficiadas; a ampla participação comunitária e a desativação gradual de unidades itinerantes de saúde que seriam substituídas por serviços básicos de saúde de caráter permanente (Souza, J. H. A. 1980).

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária (iniciado na década de 1970), determinante para o surgimento de iniciativas de práticas de atenção primária à saúde, teve seu apogeu quando conseguiu que a saúde fosse declarada como um direito do cidadão e um dever do Estado, na Constituição Brasileira de 1988. A instituição da saúde como um direito da cidadania brasileira e as lutas do movimento pela Reforma Sanitária convergem na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início dos anos 90, atra-

SAÚDE DA FAMÍLIA

vés da criação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde.

Ressalte-se que a reforma da saúde no Brasil, segundo Viana e Dal Póz (1998), foi do tipo *big-bang*, tendo introduzido modificações significativas no modo de operação do sistema de saúde brasileiro e criado um novo modelo de assistência pública em 1988 – o SUS. Este pode ser definido, segundo os mesmos autores, por três características: “a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores, trabalhadores, gestores e usuários)” (Viana & Dal Póz, 1998: 6)

No início da década de 1990, o país ainda não dispunha de um modelo de atenção que respondesse às necessidades da população, garantindo-lhe cobertura adequada. Tem-se, assim, de um lado, a carência de cobertura na saúde, associada à crise de financiamento do setor; de outro, os resultados positivos alcançados pelo Pacs quanto à diminuição da mortalidade infantil e materna. Tornou-se, então, pauta política no Ministério da Saúde a viabilização de uma proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutiva do Pacs e criar as condições para a sua expansão em direção aos centros de maior complexidade urbana. Essa proposta é criada em 1994, com formato de programa – o PSF –, tendo como eixo lógico o marco da promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde.

Segundo Mendes (2002), a implantação do PSF significou o quinto ciclo de expansão da atenção primária à saúde no país. De acordo com este autor, as propostas da Medicina Geral e Comunitária – iniciada em Porto Alegre em 1983 –; da Ação Programática em Saúde – originada em São Paulo nos anos 70 –; do Médico de Família – implantada em Niterói em 1992 –; e o modelo de Defesa da Vida – desenvolvido em Campinas no final dos anos 80 –, foram algumas alternativas de implantação de serviços de atenção primária à saúde no país anteriores à formulação do PSF. No que diz respeito a experiências mais aproximadas e de repercussão mais imediata na formulação do PSF, destacamos o Programa de Médicos de Família da Fundação Municipal de Saúde, em Niterói (RJ), e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RS).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Médicos de Família sofreu influência direta do modelo cubano de medicina familiar, que foi efetivada por meio de um processo de colaboração entre técnicos cubanos e fluminenses visando à adaptação da experiência daquele país à realidade sócio-político-cultural do município brasileiro, considerando também os princípios e as diretrizes do SUS. O programa desenvolveu-se de forma paralela à rede municipal, sob a coordenação da então Superintendência de Ações Integradas de Saúde, hoje, vice-presidência de atenção coletiva, ambulatorial e da família da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

As equipes constituem-se de um médico generalista e um auxiliar de enfermagem que contam com supervisão clínica nas seguintes áreas: clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia, pediatria, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social. Os supervisores são responsáveis pela realização de interconsultas, pela educação continuada da equipe e pela operacionalização da referência e contra-referência. Os ACS não foram integrados a essa experiência; entretanto, os auxiliares de enfermagem são recrutados nas comunidades abrangidas pelo programa, sendo qualificados pelos médicos no próprio serviço (Souza, S. P. S., 2001).

O trabalho é organizado em horário integral, tendo como núcleo básico de abordagem a atenção à família. O atendimento da população é realizado nos módulos (unidades ambulatoriais) e nos domicílios, incluindo atividades de visita hospitalar a pessoas internadas, assim como atividades com objetivos educativos e de assistência e promoção social. À associação de moradores local cabe a contratação dos profissionais da equipe, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT –, mediante o repasse de verbas do município. Um diferencial importante nessa experiência “residiria no estabelecimento de uma nova relação médico-paciente, na revisão da prática médica, na forma de contratação, capacitação, supervisão e avaliação dos profissionais e na parceria entre governo municipal e associações de moradores na gestão do Programa” (Senna & Cohen, 2002: 527).

Em Porto Alegre, o Grupo Hospitalar Conceição⁷ organizou, a partir de 1983, a divisão de saúde comunitária, adotando o nome de Serviço de Medicina de Família, instituindo, inicialmente, um programa de residência

⁷ Desde 1975, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) tornou-se uma sociedade anônima, da qual o Ministério da Saúde é o principal acionista. O GHC compõe-se de quatro unidades hospitalares que funcionam integralmente para o SUS.

SAÚDE DA FAMÍLIA

em medicina geral e comunitária e, mais tarde, ampliando sua proposta de trabalho, um serviço de saúde comunitária.

As atividades desenvolvidas incluíam consultas agendadas, visitas domiciliares, grupos de auto-ajuda e mobilização comunitária (Aguiar, 1998). A experiência do Grupo Hospitalar Conceição pode ser caracterizada "como um serviço de saúde comunitária com características de educação continuada para profissionais de saúde nas áreas de medicina interna, psicologia, assistência social, odontologia, técnico em higiene dental e agente comunitário de saúde" (Souza, J. H. A., 1980: 9). Seus eixos estruturantes são a medicina geral e a atenção primária implicada com o conceito ampliado de saúde, incorporando também as noções de cuidados primários e com ênfase na participação da comunidade.

Vale destacar ainda o caráter multidisciplinar da composição das equipes de saúde e o fato de esta experiência ter-se desenvolvido em uma estrutura hospitalar com forte apoio popular, em um contexto adverso de construção do sistema municipal de saúde, em que município e estado divergiram e confrontaram-se, por um longo período, quanto ao processo de descentralização.

A Implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família

Voltando um pouco no tempo, conforme assinalado anteriormente, a criação do Piass, em 1976, possibilitou que o número de unidades básicas de saúde fosse ampliado nas comunidades de até 20.000 habitantes. Com sua expansão em nível nacional⁸ e a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades beneficiadas com estes serviços, o Piass possibilitou a multiplicação de experiências de práticas de saúde com trabalhadores (não-qualificados) recrutados na comunidade. Outras instituições do Estado, como a Pastoral da Criança, a Pastoral da Saúde, o Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros, também estimularam o desenvolvimento de projetos que contribuíram para a difusão do exercício desta prática no país. Iniciativas como as de Montes Claros, em Minas Gerais, Vale da Ribeira, em São Paulo, dos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Cea-

⁸ Segundo Mendes (2002), o número de unidades básicas de saúde em 1975 era de 1.122; em 1984 este número passou a 13.739, significando um aumento de 1,255% em uma década.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

rá, foram imprescindíveis para determinar a formulação do Pacs pelo Ministério da Saúde em 1991 (Vianna & Dal Poz, 1998).

A implantação do Pacs começou pelos estados da região Nordeste, mais precisamente no estado da Paraíba, priorizando as ações de informação e educação em saúde voltadas para a área materno-infantil. Posteriormente, com a entrada do cólera no país, o Pacs estendeu-se, em caráter emergencial, aos estados da região Norte, onde os ACS assumiram importante papel no controle e na prevenção da doença (Vianna & Dal Poz, 1998). Vale ressaltar, entretanto, que a primeira experiência, em ampla escala de utilização do trabalho dos ACS, ocorreu no Ceará no período compreendido entre 1987 e 1990. O programa de agentes de saúde estava incluído no plano de governo do estado do Ceará apresentado em março de 1987. As equipes dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde acreditavam na importância do papel dos agentes na assistência à saúde da população, por terem participado de experiências com agentes em outras regiões.

Em meados de 1987, muitos aspectos operacionais importantes do projeto ainda estavam em discussão quando se configurava o quadro de seca em amplas áreas do estado. Nesta contingência, viu-se a possibilidade de, em curto prazo, envolver em atividades de promoção de saúde vários moradores destas áreas, os quais seriam remunerados com fundos especiais de emergência de origem federal destinados à região Nordeste. Entre setembro de 1987 e agosto de 1988, 6.113 pessoas foram contratadas (95% mulheres) em 118 municípios do sertão. Após um treinamento simplificado de 15 dias, essas moradoras trabalharam por um período de seis a 12 meses, promovendo alguns cuidados de saúde: aleitamento materno, terapia de reidratação oral e vacinação (Silva & Dalmaso, 2002).

Os resultados dessa experiência e as recomendações a respeito das dificuldades e desafios apontados no relatório⁹ elaborado por Minayo, D'elia e Svitone (1990), com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), foram essenciais para a implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) em 1991, que passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), a partir de 1992. Por meio do Pacs, o Ministério da Saúde não só institucionalizou as experiências que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país, como também garantiu legitimidade à função dos ACS.

⁹ O objetivo do relatório era a identificação dos fatos mais importantes gerados no processo de implementação do Programa de Agentes de Saúde do Ceará.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Na concepção original desse programa, o ACS deve ser morador da comunidade onde trabalha, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever e estar disponível para atuar oito horas diárias. Atualmente, segundo a lei n. 11.350, de 05 de outubro de 2006,¹⁰ que regulamenta a atividade dos ACS, são requisitos para o exercício da atividade de ACS: residir na área da comunidade em que atuar, haver concluído, com aproveitamento, o curso introdutório de formação inicial e continuada e haver concluído o ensino fundamental.

O programa possui um sistema de informação específico, com registro das atividades cotidianas dos agentes, além de alguns dados sobre morbidade e mortalidade. Cada ACS fica responsável por um contingente de 100 a 250 famílias da sua área de atuação, atendendo um número máximo de 750 pessoas. A avaliação e a supervisão do trabalho do ACS são realizadas pelo enfermeiro, que deverá ter sob a sua responsabilidade um número máximo de trinta ACS. O êxito e a necessidade de incorporar novos profissionais para que o Programa não funcionasse de forma isolada fez o Pacs ser compreendido atualmente como estratégia transitória para o PSF.

No PSF, a equipe de saúde é responsável por uma área geográfica definida, com 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.000 habitantes.¹¹ A equipe mínima é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o número suficiente de ACS para cobrir 100% da população cadastrada, com limite máximo de 12 ACS por equipe.

Pode também integrar-se ao PSF a equipe de saúde bucal (ESB),¹² sendo responsabilidade dos municípios garantir infra-estrutura necessária ao seu funcionamento. A ESB é composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, e se responsabiliza pela mesma população e território que uma ou duas equipes de Saúde da Família, às quais tem seu trabalho integrado. O gestor municipal pode ampliar a equipe, incorporando outros profissionais que julgar pertinente para a melhoria da atenção básica à saúde da população do seu município.

¹⁰ Sobre o trabalho dos ACS, ver Morosini, Corbo e Guimarães, texto "O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções do trabalho e da formação profissional", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

¹¹ Segundo a portaria n. 648, de 28 de março de 2006, a média recomendada é de 3.000 habitantes por equipe.

¹² Segundo o Programa de Atenção Básica (Brasil, 2006), a saúde bucal é considerada área estratégica da atenção básica.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF surge no cenário brasileiro como um importante indutor de mudanças no modelo assistencial. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1998: 1), o objetivo do PSF:

é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Com base nos princípios do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde, o PSF incorpora as noções de 'integralidade e 'universalidade' da assistência, 'equidade', 'resolutividade' e 'humanização' do atendimento e estímulo à 'participação comunitária', com o objetivo de corrigir as diversas distorções que os modelos de assistência à saúde apresentaram no decorrer dos anos. Cabe ressaltar que, concebido como um programa que se origina tendo em vista os princípios da atenção primária à saúde, deve levá-los em consideração no processo de organização e implementação de suas ações.

Visitando mais uma vez o termo integralidade, vale destacar que este se inscreve na Constituição Brasileira, no artigo 198, como uma das diretrizes do sistema de saúde, que deve estar organizado com "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (Brasil, 1988). No artigo quarto da lei n. 8.080, de setembro de 1990, a integralidade ganha ainda mais relevância, uma vez que as ações e os serviços do SUS devem ser desenvolvidos obedecendo, entre outros, ao princípio da "integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (Brasil, 1990a).

A saúde da família, ao pautar-se pelo princípio da integralidade, está se comprometendo na busca da organização dos serviços, ações e práticas de saúde, de forma a garantir à população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Essa atitude implica uma compreensão ampliada do sofrimento e dos problemas de saúde que se apresentam aos serviços, assim como precisa acionar um conjunto de práticas e saberes que devem ser articulados para dar conta dessas questões. Na mesma medida, esse compromisso

SAÚDE DA FAMÍLIA

implica também estreitar a relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde, que precisam atuar de forma complementar e contínua, por isso a garantia de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar é item necessário para a implantação das equipes de Saúde da Família. Da mesma forma, devem ser contínuos e integrados os componentes preventivo e curativo das práticas desenvolvidas nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a atenção à saúde.

A 'universalidade' é o princípio primeiro, grande diferencial do SUS, expresso na Constituição Brasileira, que afirma que: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988). A universalidade está diretamente ligada à acessibilidade. O sistema só é universal na medida em que se torna acessível, o que tem estreita relação com o contexto da atenção básica no Brasil, que, aproximada às diretrizes da atenção primária, tem o desafio de se constituir como a porta de entrada do sistema de saúde. Pretende-se, dessa forma, evitar que a população acesse o sistema por múltiplas portas de entrada na tentativa de garantir o atendimento às suas necessidades.

Entretanto, ao contrário do que se deseja, os serviços de urgência e emergência se configuram como a porta de entrada de escolha de grande parte da população. O perfil de morbidade da clientela atendida nos prontos-socorros demonstra que grande parte destes atendimentos se caracteriza por situações que poderiam ser resolvidas em um serviço de atenção primária de qualidade. Tal situação reflete, entre outras coisas, a necessidade de, conforme aponta Cecilio (1997: 475), "pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários". A qualificação das portas de entrada com o intuito de se constituírem como espaços de acolhimento para a população, com posterior encaminhamento para o serviço mais adequado a cada caso, é uma das possibilidades de organização dos fluxos dos serviços, visando a garantir maior resolutividade na sua utilização.

A saúde da família reitera na atenção básica a tentativa de facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, constituindo um conjunto de ações e práticas que têm como objetivo incorporar ou reincorporar parcelas da popula-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ção historicamente apartadas dos serviços de saúde. A Atenção Básica (Brasil, 2006b: 10) é definida como “o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde”, portanto, tem um caráter de reorganizador de todo o sistema.

Por sua vez, a ‘equidade’ se baseia em um princípio ainda maior, a igualdade, corolário das lutas políticas que se pautam pela ampliação e universalização dos direitos sociais, conseqüentemente, pela ampliação da face pública do Estado, em nível mundial. Todavia, o princípio da equidade acrescenta um aspecto diferencial na pauta da igualdade na atenção à saúde: o reconhecimento da condição de igualdade entre as pessoas em relação aos direitos, mas também o reconhecimento das condições que as diferenciam em relação às possibilidades concretas de gerar a própria existência e de vivê-la. Essas condições implicam possibilidades diferenciadas de acesso a ações e serviços de saúde e aporte desigual de recursos e equipamentos públicos.

Considerando isso, a saúde da família orienta-se pelo respeito ao direito igualmente atribuído à população brasileira em geral de ter as suas necessidades de saúde atendidas, mas compromete-se também a considerar as diferenças e desigualdades historicamente instituídas e que se expressam, por exemplo, em indicadores de morbidade e mortalidade diferenciados segundo regiões, estratos sociais, etários, de gênero etc., que geram necessidades diferenciadas de saúde e, conseqüentemente, exigem uma política de saúde capaz de se organizar e responder de forma apropriada a essas múltiplas questões e de contribuir para a redução das desigualdades.

A ‘humanização’ do atendimento remete à noção de cuidado, que, por sua vez, está diretamente relacionada à condição humana, ou seja, à necessidade de cuidados como algo que distingue o humano das demais formas de existência e que evoca questões éticas relativas ao convívio socialmente estabelecido, no caso do trabalho em saúde, incluindo, também, aspectos ligados à ética profissional. Trata-se do âmbito das relações humanas, do acolhimento do outro, do respeito à alteridade expressa em um sujeito doente, com história e trajetória particulares, emergidas de um processo coletivo de vida, adoecimento e busca de soluções e explicações para esse adoecimento. É, enfim, o nicho do estabelecimento dos vínculos de ordem afetiva e técnica que permitem a construção de relações de responsabilidade e reciprocidade entre a população e os serviços de saúde, desde o encontro entre os sujeitos que demandam os serviços e os sujeitos trabalhadores dos serviços.

SAÚDE DA FAMÍLIA

A humanização, não só, mas principalmente, no caso da saúde da família, diz respeito também à continuidade do atendimento e à possibilidade de estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde e a população abrangida e de como esses vínculos podem apoiar a população no caso de necessidade de referência a outros níveis de atenção em que novos vínculos precisarão ser estabelecidos.

A 'participação da comunidade' é outra diretriz constitucionalmente instituída para a saúde, amparada também na legislação específica para o setor: lei n. 8.080, de setembro de 1990, que a apresenta como um princípio de organização do SUS, e lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que trata especificamente da participação da comunidade na gestão do SUS, junto com os dispostos em relação ao financiamento intergovernamental da área da saúde (Brasil, 1990a; 1990b).

Os propósitos da saúde da família vão ao encontro da participação popular, uma vez que perseguem a aproximação das ações em relação às necessidades da população e, por coerência, à compreensão de que a população pode qualificar e modificar a definição e a execução das políticas públicas, no sentido de sua maior democratização.

A ESF tem como característica do processo de trabalho a "promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações" (Brasil, 2006). Assim, a saúde da família tem entre seus objetivos o incentivo à organização popular visando a maior participação dos cidadãos nos mecanismos de participação direta e/ou representativa dos diversos setores públicos que concorrem para as condições de vida das localidades atendidas. Destacam-se, principalmente, as instâncias participativas previstas no setor saúde – conselhos e conferências –, além de outros meios de mobilização e organização, como as associações de moradores, os sindicatos etc.

Dois princípios da ESF também reforçam a participação popular, o primeiro é que a saúde da família deve ser um espaço de construção da cidadania, e o segundo é buscar a integração com instituições e organizações sociais. Trabalhando em contato direto com a expressão da intersetorialidade no campo da saúde, a ESF prevê a busca de parcerias e a integração com projetos sociais e afins.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Cabe destacar ainda que uma das diretrizes operacionais apontadas para o trabalho das equipes de Saúde da Família é a oferta de uma atuação centrada na lógica da vigilância à saúde. Existem alguns conceitos correntes sobre este termo. Segundo Mendes (1996: 243), a vigilância à saúde é

uma nova resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde pelo paradigma da produção social da saúde. Por conseguinte, essa prática tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial.

Segundo Teixeira et al. (1998), a vigilância à saúde parte da territorialização do trabalho em saúde, isto é, da localização sócio-político-geográfica do processo saúde-doença que permite a compreensão dos problemas de saúde em seu contexto territorial e o planejamento mais adequado das intervenções necessárias, desde a definição de prioridades ao estabelecimento das ações mais adequadas.

A definição de território passa pela identificação “das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde” (Teixeira, Paim & Villasbôas, 1998: 20) e o desenvolvimento de um processo de mapeamento do município por meio da coleta sistematizada de dados sobre a população e as condições socioeconômicas e sanitárias das localidades. Não é à toa que um trabalho prévio ou concomitante à instalação das equipes de Saúde da Família em uma região consiste no mapeamento das áreas e microáreas de atuação e na sua distribuição pelas equipes. Em seguida, estas realizarão o cadastramento das famílias e o levantamento das principais informações socioeconômicas e sanitárias da região adscrita.

Do Programa à Estratégia

Inicialmente, o Ministério da Saúde concebeu a saúde da família como um programa. Entretanto, a partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de 'Estratégia de Saúde da Família' por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Mattos (2002), a história do PSF pode ser dividida em dois períodos: o primeiro se estende desde a sua criação até 1996, quando o PSF é visto como um modelo de extensão de cobertura do acesso aos serviços de saúde; e a partir de 1996, quando o PSF passa a ser considerado uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência.

Nos primeiros anos de implantação do programa, o apoio financeiro aos municípios que desejassem aderir à proposta era firmado em bases convenientes; ou seja, não foram desenvolvidos, neste momento, dispositivos específicos para o financiamento de sua implantação. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1994: 12-13), "O PSF será implantado, prioritariamente, nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Ipea, de acordo com as características geográficas e a distribuição da população em cada município". Tal orientação deixa clara a intenção do governo federal em expandir a cobertura do PSF para áreas com populações empobrecidas.

Desde 1996, o PSF passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial tendo em vista a atenção básica. Neste momento, o objetivo geral do programa era imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, configurando-se como uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo assistencial (Brasil, 1997). Para tanto, a forma de financiamento pelo governo federal aos municípios é reformulada, por meio da criação, pela NOB 96, do Piso de Atenção Básica variável.¹³ Esta proposta, contudo, não foi implementada no seu formato original, sendo promulgada, em 19 de fevereiro de 1998, a portaria n. 157, que estabeleceu as normas de repasse dos incentivos financeiros aos municípios que implantaram o PSF e o Pacs. Segundo esta portaria, foi estabelecido um valor específico para cada equipe de PSF implantada, repassado fundo a fundo, em função do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo do município. No caso do Pacs, o município receberia um valor fixo para cada agente comunitário contratado, independente do valor do PAB fixo.

¹³ O Piso de Atenção Básica (PAB) foi implantado em 1997 e consiste em um total de recursos financeiros destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de atenção básica de saúde. É composto de uma parte fixa – PAB fixo –, que corresponde a um valor *per capita* multiplicado pela população total de cada município. O PAB também possui uma parte variável – PAB variável, que é transferido para o fundo municipal de saúde para o desenvolvimento de alguns programas e ações especificados pelo Ministério da Saúde, entre os quais se destacam o PSF e o ACS.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1999, por meio da portaria n. 1.329, de 12 de novembro, o financiamento do PSF se estruturou não mais sob a lógica de número de equipes implantadas; o que passou a definir o montante de recursos repassados ao município foi o percentual de cobertura populacional realizado pelas equipes de PSF. A portaria instituiu também o valor de dez mil reais, como incentivo adicional, por equipe de PSF implantada.

A portaria n. 396, de 4 de abril de 2003, reajustou em 20% os valores dos incentivos financeiros ao PSF e Pacs, além de definir um financiamento diferenciado para a implantação do PSF em municípios com mais de 100 mil habitantes. O governo federal mais do que duplicou os recursos destinados ao PSF entre 1999 e 2000, o que correspondeu a uma decisão política de despertar um maior interesse dos gestores municipais pela expansão deste programa (Mattos, 2002).

Entretanto, na nova portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o financiamento das equipes de Saúde da Família volta a ser repassado aos municípios, levando-se em consideração o número de equipes implantadas. O somatório das partes fixa e variável do PAB compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica, agora em conformidade também com as diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de gestão. A parte variável do PAB representa o montante de recurso financeiro destinado a incentivar a Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal (SB) e outros programas prioritários. Os recursos do Teto Financeiro da Atenção Básica/PAB terão sua utilidade definida nos planos municipais de saúde, no âmbito das ações previstas para a Atenção Básica. A transferência de recursos fica vinculada à alimentação obrigatória dos dados do Siab.

Foram estabelecidas duas modalidades de financiamento das equipes de Saúde da Família, conforme a portaria n. 648, alterada pela portaria n. 822, de 17 de abril de 2006:

1. Modalidade 1 – As ESF que atendam aos seguintes critérios:
 - I- Municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal; ou
 - II- Municípios com população de até 30 mil habitantes e estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7, nos demais estados do país;

SAÚDE DA FAMÍLIA

III- As que já faziam jus ao recebimento de acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de ESF e ESB que implantar, e

IV- AS ESF implantadas em municípios não-incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos e/ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. Modalidade 2: as ESF que não se enquadram nos critérios da modalidade 1.

A portaria n. 650, de 28 de março de 2006, define o valor de R\$ 8.100/mês/equipe para as ESF na modalidade 1 e o valor de R\$ 5.400,00 a cada mês/equipe para as incluídas na modalidade 2. O valor do incentivo financeiro para os ACS é de R\$350,00 por ACS,¹⁴ a cada mês. Essa mesma portaria define o valor de R\$20.000,00 (dividido em duas parcelas iguais) para cada Equipe de Saúde da Família implantada, como recurso para investimento nas unidades básicas de Saúde e realização do curso introdutório, que deve ser realizado até 3 meses após a implantação da ESF.

A portaria n. 2.133, de 11 de setembro de 2006, define o valor mínimo da parte fixa do PAB em R\$ 15,00 por habitante ao ano. Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são definidos pela legislação federal do SUS, mas podemos destacar o Plano de Saúde Municipal e o Relatório de Gestão, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde a cada ano. E a portaria n. 648 estabelece como indicadores de acompanhamento da Atenção Básica para 2006 a cobertura de média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, a proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal, razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres entre 25 e 29 anos e a população feminina nessa faixa etária, e a cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%.

¹⁴ Esta portaria estabelece que, no último trimestre de cada ano, será repassada uma parcela extra para cada ACS cadastrado no Siab, no mês de competência de agosto, a título de pagamento do 13º salário.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Consideramos extremamente importante a construção desses indicadores de avaliação, pois eles têm um grande impacto na orientação das atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família e, portanto, na reorientação do modelo assistencial. Nesse sentido, consideramos que os critérios de avaliação dos profissionais e das equipes, ainda muito centrados em indicadores numéricos, podem induzir, por exemplo, o ACS a concentrar seu trabalho na marcação de consultas e no preenchimento de fichas, em detrimento da sua capacidade de desenvolver atividades educativas e intersetoriais. A avaliação do trabalho dos profissionais tem uma forte influência na determinação de seu processo de trabalho e, portanto, da orientação do modelo tecnoassistencial.

Para se ter noção da magnitude do Pacs e do PSF na reorganização da atenção básica, cabe registrar as metas de implantação do PSF estipuladas pelo Ministério da Saúde. Para o final de 2006, a meta era ampliar o número de equipes de PSF implantadas para cerca de 32 mil, o que possibilitará o atendimento de 100 milhões de pessoas nos diversos sistemas de saúde municipais.

Estes números equivalem a uma cobertura de cerca de 77% da população brasileira. Para tanto, o Ministério da Saúde desenvolveu, em 2002, apoiado pelo Banco Mundial, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). O volume total de recursos para os sete anos de vigência do programa (2002-2009) é de US\$ 550 milhões, sendo 50% financiado pelo Banco Mundial e 50% como contrapartida do governo brasileiro.

O Proesf tem como objetivo o apoio à organização e ao fortalecimento da atenção básica no país por meio do investimento em estratégias de qualificação dos trabalhadores e de monitoramento e avaliação da atenção básica. Os recursos disponibilizados pelo projeto visam, também, a auxiliar a implantação e consolidação do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes por meio da reestruturação das unidades e equipes do programa, da integração com os outros níveis do SUS e do aperfeiçoamento da gestão do sistema.

Em dezembro de 2006, o Ministério da Saúde divulgou resultados do avanço dessa meta, e a população acompanhada pelos ACS chegou a 109.712.383 habitantes (59,1%) e a população acompanhada pelas ESF alcançou um total de 85.734.139 habitantes (46,2%). Essa cobertura está sendo atingida por meio da atuação de 219.492 ACS e 26.729 equipes de

SAÚDE DA FAMÍLIA

Saúde da Família. Em relação à implantação das equipes de Saúde Bucal, observamos em dezembro de 2006 (Brasil, 2006), uma cobertura de 39,8% da população, por meio de 14.775 ESB.

As Atribuições dos Trabalhadores da Saúde da Família

As equipes de Saúde da Família, segundo a portaria n. 648, devem receber um processo de capacitação concomitante ao início do trabalho, por meio de curso introdutório para toda a equipe a ser realizado em até três meses após a sua implantação. A responsabilidade da realização desse curso é da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde nos municípios com população inferior a 100 mil habitantes. Nos municípios com população superior a 100 mil habitantes, o curso introdutório é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Os conteúdos mínimos desse curso estão definidos na portaria n. 2.527, de 19 de outubro de 2006. Essa portaria define que a carga horária mínima do curso é de 40h, e seu conteúdo está englobado em quatro grandes temas: a Atenção Básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação; a organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial; o processo de trabalho das equipes; atuação interdisciplinar e participação popular.

Fortalecendo estratégias formativas, foram também criados incentivos para processos de qualificação profissional, como a liberação de oito horas da carga horária semanal para atividades em residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade (Brasil, 2006a) ou incentivos financeiros para os municípios aderirem a estratégias de formação de alunos de graduação de enfermagem, medicina e/ou odontologia e de residência médica em Medicina de Família e de Comunidade (Brasil, 2006b).

Porém, esses incentivos concentram-se na qualificação dos profissionais de nível superior, ao passo que os ACS foram predominantemente qualificados em serviço, com poucas diretrizes. Durante muito tempo foi responsabilidade do profissional de enfermagem da ESF o planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS, assim como supervisionar, coordenar e realizar as atividades de educação permanente dos mesmos.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Portanto, compreendemos como uma importante mudança nesse processo a publicação do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde em julho de 2004, definindo conteúdo, carga horária, enfim, as condições mínimas para a formação dos ACS e indicando as etapas de um itinerário formativo composto de três módulos.

Entretanto, até o momento, tem-se garantido somente o módulo inicial dessa formação, que vem sendo principalmente realizada pelas escolas técnicas e centros formadores de Recursos Humanos do SUS,¹⁵ com financiamento do Ministério da Saúde.

Entendemos que a garantia do itinerário formativo estabelecido pelo Referencial Curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2004b) seria fundamental para qualificação dos ACS, tanto no sentido da desprecarização de sua formação quanto no fortalecimento da atuação do ACS como um 'elo' entre a comunidade e a equipe e um agente de cidadania, conforme as atribuições específicas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (Anexo 1):

1. desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita;
2. trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida;
3. estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
4. cadastrar e manter atualizado o cadastro – ficha A – todas as pessoas de sua microárea;
5. orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
6. desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e dos agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente em relação àquelas em situação de risco;

¹⁵ Trata-se de 37 instituições públicas, especificamente voltadas para a área da saúde, ligadas, em sua maioria, às secretarias de Saúde dos estados e municípios, cuja principal atribuição é ordenar, orientar e participar da qualificação profissional em saúde, buscando suprir a necessidade de trabalhadores qualificados para o SUS e colaborar na consolidação das políticas públicas de saúde (Reis et al., 2004).

SAÚDE DA FAMÍLIA

7. acompanhar, por meio de visitas domiciliares, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade;
8. cumprir atribuições de prevenção e controle da malária e da dengue.

Percebemos que se entende que os ACS devem dominar um âmbito de tecnologias leves, ou seja, a mediação entre saberes e práticas diversos, a criação de vínculo e o desenvolvimento de atividades educativas individuais e coletivas. Ressaltamos, porém, que mesmo que essas atividades tenham um grau de liberdade na sua execução, para sua realização adequada e crítica, requerem o domínio de um conjunto de conhecimentos teóricos, conforme o próprio Referencial Curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2004b) já identificou. E alertamos que essas dimensões podem ser capturadas quando se restringe o trabalho do ACS ao preenchimento de fichas e marcação de consultas, ou mesmo quando se entende que educação em saúde se refere à transferência de conhecimentos sobre o modelo biomédico do processo saúde-doença.

Destacamos que essas dimensões relacionais, educativas, intersetoriais e promotoras da cidadania não se restringem ao trabalho do ACS. A responsabilidade por conhecer a comunidade, identificar grupos, famílias e indivíduos em situação de risco, assim como desenvolver uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, promover ações de mobilização e participação da comunidade, identificando parceiros para ações intersetoriais são atribuições comuns de todos os profissionais da equipe (Brasil, 2006a). Da mesma forma, o estabelecimento de vínculos e a responsabilização pelo cuidado da população adscrita são requisitos do processo de trabalho de todos os profissionais que compõem a ESF.

Das atribuições específicas dos demais profissionais, destacaremos as do enfermeiro, pois este deve planejar, gerenciar, coordenar as ações desenvolvidas pelos ACS, segundo a portaria n. 648, assim como sua supervisão, coordenação e realização das atividades de educação permanente desse profissional. Também é atribuição específica do enfermeiro da ESF a realização da assistência integral aos indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF) preferencialmente, assim como a realização da consulta de enfermagem, solicitação de exames e prescrição de medicações (dentro das disposições legais da profissão).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

No que se refere às atribuições específicas do profissional médico, a portaria enfatiza a responsabilidade pela assistência integral aos indivíduos e famílias, consultas clínicas e procedimentos, preferencialmente na USF a realização de atividades de demanda espontânea programada, o encaminhamento dos usuários a serviços de média e alta complexidade, assim como a indicação da internação hospitalar ou domiciliar. Ao médico também cabe contribuir e participar das atividades de educação permanente do ACS, auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental. O auxiliar e o técnico de enfermagem devem participar das atividades de assistência básica, realizar ações de educação em saúde e participar do gerenciamento de insumos.

Em relação às atribuições dos membros da equipe de Saúde Bucal, o cirurgião dentista deve realizar o diagnóstico epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; a atenção integral em saúde bucal individual e coletiva, incluindo atendimento de urgências, pequenas cirurgias e encaminhamento a outros níveis de assistência; a supervisão técnica do Técnico em Higiene Bucal (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); e contribuir para as atividades de educação permanente do THD, ACD e ESF. Esse profissional também deve coordenar e participar das ações coletivas voltadas para a promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, assim como apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF.

O THD deve realizar a atenção integral em saúde bucal individual e coletiva, coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolver atividades referentes à saúde bucal com demais membros da ESF, apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal e participar do gerenciamento de insumos da USF.

O ACD tem como atribuição a realização de ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, a desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados, a instrumentalização e o apoio ao cirurgião dentista e/ou THD, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a organização da agenda clínica, a participação no gerenciamento de insumos e o desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF.

SAÚDE DA FAMÍLIA

No que se refere às atribuições específicas dos profissionais das ESF, acreditamos que, por mais que existam atribuições comuns a todos que enfatizam atividades de diagnóstico, planejamento, responsabilização, escuta qualificada, mobilização da comunidade e intersetorialidade, percebemos que, por vezes, essas responsabilidades ficam em segundo plano quando as atribuições específicas enfatizam outras dimensões, como as atividades clínicas centradas na USF, principalmente no caso dos médicos e dentistas.

Assim, se está explícito na portaria que 'preferencialmente' o médico e o enfermeiro devem atuar na USF, pode-se tender a uma organização do trabalho na qual as atividades assistenciais curativas se concentrem nos profissionais de nível superior, e as visitas domiciliares, as atividades de prevenção e promoção à saúde, mobilização comunitária e intersetorialidade se concentrem nos ACS. Esse tipo de organização pode levar a uma reprodução do modelo ambulatorial tradicional nas unidades de saúde da família. Desse modo, diante da dificuldade de mudança da formação dos profissionais de saúde¹⁶ e da resistência dos profissionais formados, ficamos com alguns obstáculos para a reorganização do modelo de atenção.

Se por um lado observamos que a organização do processo de trabalho da ESF prevista pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) abre possibilidades para mudança do modelo assistencial, pois tem como diretrizes o cuidado ampliado, valorização de saberes e práticas das diversas profissões e da comunidade, estímulo à participação da comunidade e o desenvolvimento de processos de avaliação, por outro lado, na prática dos serviços, os profissionais reinterpretam algumas diretrizes e organizam seu trabalho de acordo com suas próprias concepções de processo saúde-doença e da sua percepção da prática profissional.

Por isso Merhy (2002) nos alerta que as dimensões das tecnologias leves e do cuidado podem ser capturadas pelas tecnologias duras e leve-duras. Por exemplo, quando vemos que as áreas estratégicas definidas pela PNAB estão

¹⁶ Há algumas décadas se discute a necessidade de transformação da formação dos profissionais de saúde, de modo a superar as características do tradicional modelo flexneriano, discutido anteriormente no presente artigo. Nas propostas de mudança da formação, busca-se um perfil de profissional generalista, humanista e crítico, capaz de promover uma atenção integral (promoção, prevenção, assistência e recuperação) e que atue em equipe – conforme diretrizes curriculares dos cursos de saúde. Para aprofundar esse tema, sugerimos a leitura da coletânea *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (Pinheiro, Ceccim & Mattos).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

na maioria centradas em patologias, como controle de hanseníase, diabetes, hipertensão, acreditamos que a ênfase na promoção da saúde fica em um segundo plano. E, mesmo quando são definidas áreas estratégicas, como saúde da criança e saúde da mulher, vemos que as responsabilidades desses cuidados, conforme definidas pelas Noas SUS 01/2001, também se concentram no controle de problemas de saúde como desnutrição infantil, infecção respiratória aguda (IRA) ou exames e procedimentos mínimos para acompanhamento da gestação e controle de câncer de colo de útero.

Ou seja, por mais que as diretrizes indiquem para a mudança do modelo, a forma como se descrevem as responsabilidades ou se criam fichas e protocolos, pode-se novamente direcionar o cuidado para a realização de procedimentos e uso de tecnologias duras (por exemplo, exames) ou leve-duras (restrição da saúde da mulher ao acompanhamento da gestação e controle de câncer ginecológico).

Nesse sentido, ressaltamos que existe uma íntima relação entre a estruturação do processo de avaliação do trabalho da SF, realizada pelos diferentes níveis de gestão do SUS, e a escolha, pelas equipes, das ações de saúde de abordagem prioritária. Tal relação pode restringir o processo de trabalho das equipes de forma a priorizar o atendimento das demandas geradas pela lógica do modelo assistencial centrado nas ações programáticas, em detrimento daquele que se pauta pelo atendimento das necessidades de saúde apontadas pela população adscrita, ou definidas pela equipe segundo as estratégias de planejamento local.

Pode-se discutir também o quanto se reproduz a fragmentação e a especialização do processo de trabalho na saúde da família quando se definem e se limitam tão claramente as atribuições dos profissionais e os meios de avaliar essas atividades, em detrimento dos processos coletivos de planejamento, organização e realização de responsabilidades e atividades que são comuns a todos.

Considerações Finais

Para a sua implantação e expansão, a saúde da família valeu-se principalmente de duas estratégias; de um lado, a indução à implantação mediante mecanismos de financiamento; de outro, investimentos significativos na forma-

SAÚDE DA FAMÍLIA

ção profissional, assim como trabalho político junto às associações e corporações profissionais e instituições de ensino superior. No que diz respeito à formação profissional, foram criados os pólos de capacitação em saúde da família, que instituíram o treinamento introdutório; também foram incentivadas a criação e a realização de cursos de residência e especializações em saúde da família, assim como foram apoiados os movimentos de reforma no currículo das profissões. Note-se, porém, que os investimentos listados têm focalizado os trabalhadores de nível superior, notadamente, o médico e o enfermeiro.

Desta forma, reproduz-se, na saúde da família, a mesma hierarquização do saber-poder, em relação às profissões de saúde, que condiciona a organização do processo de trabalho e a formação em saúde, constituindo um sistema de retroalimentação contínua. Segundo Sávio (2003), na maioria dos casos, o PSF repete o modelo médico-biológico: médicos mandam, enfermeiros obedecem e agentes comunitários cumprem. A saúde da família, portanto, não foge à regra no que tange à dívida social relativa à formação e gestão do trabalho do pessoal de nível médio.¹⁷

Pautando-se pelo princípio da integralidade do SUS e incorporando-o às reflexões sobre a formação e a organização do trabalho na saúde, verifica-se a necessidade de desconstruir a pirâmide da assistência tanto nas práticas da atenção quanto nas práticas do ensino, subvertendo a lógica que atribui maior complexidade aos níveis superiores do sistema de saúde e do sistema de ensino (Ceccim, 2003). Trata-se de refletir, principalmente, sobre o trabalho e a formação dos trabalhadores de nível médio como sujeitos estratégicos no cenário da reformulação da atenção básica.

A participação dos auxiliares de enfermagem tem-se dado de forma inespecífica na saúde da família, tendendo a reproduzir as mesmas atividades realizadas nas demais unidades de atenção básica, ou seja, procedimentos de pré-consulta, apoio à consulta, imunização, agendamentos e registro de informações. Cabe recordar que esta categoria profissional foi contemplada, a partir de 1999, com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que objetiva a qualificação profissional do auxiliar e técnico de enfermagem; a elevação de escolaridade, visando a integralizar o ensino fundamental dos auxiliares; e a formação

¹⁷ Trabalhamos com a noção ampliada de nível médio que inclui também o nível elementar.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

dos docentes para a qualificação profissional. Quanto aos técnicos de saúde bucal,¹⁸ ou técnicos de higiene dental, existe um amplo esforço de formação em curso, visando a atender às demandas motivadas a partir da incorporação desse profissional às equipes de Saúde da Família.

A força de trabalho de maior expressão numérica na saúde da família são os ACS que, em maio de 2003, quando se discutia no âmbito do Ministério da Saúde as bases da formação desses trabalhadores, somavam 170.423, constituindo um conjunto muito significativo de trabalhadores em situação precarizada em relação ao vínculo (76,7%), uma vez que somente 23,3% dos ACS têm contrato de trabalho regido pela CLT. Tal situação, associada ao quadro relativo do salário, torna-se ainda mais grave, pois 77,72% desses trabalhadores recebem uma remuneração de até R\$ 250,00. Em outubro de 2006, já observamos um crescimento significativo desses trabalhadores, que correspondiam a um total de 218.410, cobrindo 58,9% da população brasileira (Brasil, 2006).

Os profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família também estão, em sua maioria, submetidos a vínculos precários, com uma importante diferença: recebem salários muito mais expressivos do que os ACS. Cerca de 80% dos médicos da saúde da família recebem salário maior que R\$ 3.000,00; destes, 38,8% recebem salário superior a R\$ 4.000,00 (Brasil, 2003b). Além disso, os médicos têm uma mobilidade muito maior, sendo possível transitar de um município ao outro, buscando melhores condições de trabalho, inclusive de remuneração. Essa condição é facilitada pela condição liberal de sua profissão e pela não-exigência de residência no local de trabalho. Estes trabalhadores têm em seu favor, também, a exigüidade de profissionais formados para a saúde pública e a medicina geral, assim como têm, em seus conselhos profissionais, instâncias de representação política e de defesa dos interesses corporativos. Essas características permitem uma situação um pouco mais segura para esses trabalhadores, que estão menos sujeitos aos reveses políticos dos municípios.

É preciso destacar que a precarização do trabalho não é exclusividade da Saúde da Família, está generalizada no âmbito do SUS. Segundo

¹⁸ Técnico de saúde bucal é o nome mais recentemente adotado em substituição ao antigo técnico de higiene dental, de acordo com as novas bases curriculares para a formação na área da saúde (parecer 16/99 e resolução 4/99 do Conselho Nacional de Educação). Note-se, porém, que a nomenclatura técnicos de higiene dental ainda se encontra em uso.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Roberto Passos Nogueira, a precarização atinge 40% do total dos trabalhadores do setor público de saúde, somando 800.000 pessoas nessa situação (Brasil, 2003b). Um dado positivo nessa conjuntura é a lei n. 11.350, de 05 de outubro de 2006, que regulamenta a profissão dos ACS e estabelece, entre os requisitos para o seu exercício, a escolaridade de nível fundamental e a qualificação básica. Ademais, essa lei fortalece o movimento de despreciação desse trabalhador ao submetê-lo ao regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho –CLT –, prevendo a realização de concurso público para admissão do ACS e agentes de Endemias.

Atualmente, podemos afirmar que os principais desafios que se colocam diante da ESF são a concretização de uma atenção básica resolutiva e contínua; a realização de uma política de gestão do trabalho que possibilite aos trabalhadores a conquista de vínculos de trabalho pautados pelas premissas básicas de cidadania; e a efetivação de uma política de educação profissional em saúde que permita uma formação profissional de qualidade tanto teórica-técnica quanto política para os trabalhadores do SUS.

Referências

- AGUIAR, D. S. *A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde*, 1998. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2005.
- BRASIL. *Constituição da República*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 29 set. 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2007.

BRASIL. *Saúde dentro de Casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. *Princípios Básicos para a Operacionalização de Saúde da Família*. Disponível em: <www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm>. Acesso em: 17 dez. 1998.

BRASIL. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. *Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS*, 2003b. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf>. Acesso em: 14 set. 2004a.

BRASIL. *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/sas/gab06/gabmar06.htm>. Acesso em: 30 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 649, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <www.2001.saude.gov.br/sas/gab06/gabmar06.htm> Acesso em: 30 ago. 2007.

CAMPOS, G. W. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul.-set., 1997.

CECIM, R. B. *Integralidade e currículos profissionais: desafios da formação profissional em saúde*. In: III SEMINÁRIO DO PROJETO DE INTEGRALIDADE, SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, Rio de Janeiro, jun. 2003. (Comunicação oral)

SAÚDE DA FAMÍLIA

- CORBO, A. & MOROSINI, M. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- FLEXNER, A. *Medical Education in the United States of America and Canada*. Disponível em: <www.carnegie.foundation.org/elibrary/docs/flexner_report.pdf>.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MEHRY E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2): 345-353, abr.-jun., 1999.
- LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians. A Work Document*. (Lalonde Report) Government of Canada, 1974. Disponível em: <www.hc-sc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html>.
- MATTOS, R. O Incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis – revista de saúde coletiva*, 12(1): 77-108, 2002.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.
- MENDES, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, 33, 83-9, 1991.
- MINAYO, M. C; D'ELIA, J. C. & SVITONE, E. *Programa Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso*. Fortaleza: Unicef, 1990. (Relatório final)
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à vigilância em saúde. In: ROUQUAIROL, M. Z. & ALMEIDA, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2006.
- REIS, et al. Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(1): 189-201, 2004.
- SÁVIO, D. *Atenção Básica e as Políticas Específicas: desafios para a construção da integralidade e da atenção à saúde*. In: III SEMINÁRIO DO PROJETO DE INTEGRALIDADE, SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, Rio de Janeiro, jun. 2003. (Comunicação oral)
- SENNA, M. C. M. & COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia de saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 523-535, 2002.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- SILVA, J. A. *Assistência Primária de Saúde: o agente de saúde do Vale da Ribeira*, 1983. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
- SILVA JÚNIOR, A G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SILVA, J. A. & DALMASO, A. S. W. *Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- SOUZA, J. H. A. O Modelo Piass, sua programação e sua evolução para o programa nacional de serviços básicos de saúde. In: VI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Anais....* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.
- SOUZA, M. F. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SOUZA, S. P. S. *A Inserção dos Médicos no Serviço Público de Saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano VII, 2, abr.-jun., 1998.
- VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. *Reforma em Saúde no Brasil: programa saúde da família – informe final*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 166)

A Construção Social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica

*Mônica Regina de Moraes Campos
Gustavo Corrêa Matta*

Introdução

É comum pensar a família como um dado natural, a-histórico, como se a idéia e a materialidade da família como um grupo social, descrito muitas vezes como uma célula da sociedade, possuíssem uma estrutura fixa e atravessassem a história da humanidade como um referente estável.

Nossa perspectiva é que a família, como a concebemos atualmente, é uma construção histórica, relativamente recente, e possui sentidos e lugares diversos em relação às culturas antigas e modernas.

Nesse sentido, a compreensão da noção de família nas políticas de saúde, mais especificamente na atenção básica, assume um lugar não só estratégico nas ações de saúde, nas visitas domiciliares e na função do agente comunitário de saúde (ACS) junto às comunidades, mas também toma uma dimensão ética, no sentido da compreensão da dinâmica social e afetiva da família atual.

A divisão entre espaço público e privado, a noção de intimidade e o mundo do afeto familiar, como principal refúgio do mundo atual, implicam reflexão e discussão do enfoque da família como objeto da atenção por parte das políticas de saúde e da reorientação do modelo assistencial.

Do espaço regionalizado, territorializado até a microdinâmica das famílias, o objeto de trabalho eleito pela Estratégia Saúde da Família (ESF) merece uma cuidadosa análise histórica, sociológica e política, uma vez que, para além do seu uso retórico, constitui um importante dispositivo de vigilância à saúde dos indivíduos e dos grupos sociais.

Muitos documentos utilizados pelos serviços de saúde, discorrendo sobre a importância da atenção à família, têm uma função muito mais operatória, programática, de orientação das ações e processos, do que uma discussão sobre a noção de família.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste sentido, este artigo tem o objetivo de discutir o surgimento da família moderna, as transformações decorrentes da reestruturação do mundo do trabalho e sua relação com o campo da saúde e o trabalho dos ACS.

Construção Social da Família: aspectos históricos

Para compreender como surgiu a família moderna, é preciso retroceder ao surgimento da família nuclear, seus valores e ideologias, e ver como o valor afetivo veio a ser o principal viés a ser valorizado no seu modo de organização, fator esse que, junto com outros, que serão vistos adiante, levaram ao enfraquecimento dos vínculos sociais com a comunidade.

A família moderna não pode se dar antes de uma transição gradativa que demorou cerca de cinco séculos – do século XIII ao XVIII – e que se inicia com a família medieval desde os primeiros momentos em que descobriu a criança como um ser diferenciado do adulto até a compreensão de que, a partir de suas características específicas, possuía necessidades próprias. Foi em torno dessas necessidades infantis que a sociedade veio a se reorganizar e, por fim, a transformar-se radicalmente – e essas transformações incluíram a família e o modo como é entendida pela sociedade como um todo e por si mesma.

Áriès¹ (1981) informa que até o final da Idade Média (século V ao XV) o espaço da família era uma mescla da vida pública e privada que favorecia a sociabilidade e as redes de solidariedade. Nesse modelo, as crianças eram vistas como adultos em miniatura, participando ativamente da vida em comunidade em todos os seus aspectos. Em meados do século XVIII, surgiu o modelo aristocrático de família – com predomínio da vida privada, favorecendo a regulação da vida familiar – com base nas necessidades impostas pela educação e a saúde das crianças, que passam a ser o foco central não só da família como da sociedade como um todo. Com o passar do tempo, esse modelo de família, não mais calcado em laços atrelados à tradição, à transmissão do nome e dos bens, e sim em laços afetivos, estendeu-se às diversas classes sociais, levando consigo os valores e ideologias oriundas da sua classe social de origem, a aristocracia.

¹ Philippe Ariès (1914-1984), historiador francês, é autor de diversas obras e tornou-se conhecido como um dos precursores da chamada história das mentalidades. Seus trabalhos versam sobre a história da morte no Ocidente, o cotidiano da vida privada, entre outros. Ariès é referência para a história social da infância e da família e está citado em diversas partes deste texto.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

Devido a uma conjunção de condições, a família foi compelida a se organizar de modo a tornar-se o modelo hegemônico de organização social das sociedades industriais modernas, modelo esse originalmente burguês e politicamente induzido pelos valores oriundos da revolução industrial a ocupar-se da criança, revertendo a alta mortalidade infantil e garantindo a formação de futuros cidadãos, já que esse controle sanitário e educacional garantia a manutenção permanente de um contingente de produção e consumo que mantinha o sistema industrial em movimento.² A seguir, será visto como esse movimento se deu.

O Ocidente Medieval Debruça-se sobre a Infância

Para o homem dos séculos X a XII, a infância era vista como mera transição para o mundo adulto. A descoberta da infância tem seu início no século XIII, quando gradativamente surge um sentimento mais próximo ao sentimento moderno, e que no século XV começa a se fortalecer, continuando a evoluir ao longo do século XVI, tendo seu desenvolvimento mais significativo somente a partir do fim do século XVI e durante o século XVII. Esse período de transição se deve em parte por não ter sido atribuída nenhuma importância a esse momento da vida e, também, devido à grande mortalidade infantil, que levava a que as pessoas tendessem a não se apegar ao que poderia ser uma perda eventual – portanto, foram as mudanças ocorridas no século XVII que marcaram definitivamente a organização da família em torno e em função da criança.

Acompanhando esse movimento ao longo dos séculos, percebe-se as mudanças que tornariam possíveis à atualidade a preocupação e o cuidado existentes em relação ao mundo infantil, como será visto quando forem discutidos os dilemas pelos quais a família atual tem passado. E mais: fica claro o quanto o que se entende por criança e infância é socialmente construído, já que anteriormente era inexistente.

As crianças estavam inseridas nos eventos coletivos – atividades, jogos e festas – assim como no trabalho. Para as sociedades dessa época, esses eventos coletivos eram mais importantes do que as atividades ligadas ao trabalho, ao contrário da sociedade atual em que o trabalho, além de ocupar muito tem-

² Sobre as relações entre Estado e sociedade no capitalismo, ver Pereira e Linhares, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

po, adquiriu um valor existencial. Atualmente, valoriza-se fundamentalmente a produção e a capacidade de consumo, e o homem se divide basicamente entre sua atividade profissional, que lhe ocupa quase todo o tempo e energia, e seus encargos referentes à família, quase não sobrando tempo, portanto, para dedicar-se a atividades de lazer e encontros sociais.

No século XVI, coexistindo com a indiferença provocada pelo medo de perdê-las, surgiu um novo sentimento em relação às crianças muito pequenas: a paparicação – suas particularidades passaram a ser apreciadas pelos adultos como fonte de distração. Porém, no fim do século XVI e, sobretudo no século XVII, a paparicação despertou nos moralistas e educadores uma reação contrária, que, tendo em vista um posicionamento crítico, inspirou toda a educação até o século XX. Toda a atenção dada às crianças foi transformada em interesse psicológico e preocupação moral, visto que era necessário protegê-las e discipliná-las, assegurando-se de seu futuro como cristãos e cidadãos úteis à sociedade. Esse foi o início de um sentimento sério e autêntico em relação à infância. No século XVIII, esses elementos associaram-se à preocupação com a higiene e a saúde física da criança, e tudo o que envolvia a criança passou a assumir um lugar central na família. E assim, a paparicação, que já se tinha expandido a todas as classes sociais, começou a desaparecer no final do século XVII nas classes mais altas, nas quais se originou, mas perdurou nas mais populares, em que as crianças passaram a ser consideradas especialmente mal-educadas.

Para preservá-la e fortalecê-la, a infância foi prolongada e submetida a processos de escolarização cada vez mais longos, o que influenciou o sentimento moderno da escolaridade e da infância e modificou de modo gradativo, porém profundo, a realidade sentimental entre pais e filhos, o que implicaria uma transformação nos laços familiares.

Parece então que o clima sentimental que envolvia a família era agora muito diferente, mais próximo do que envolve as famílias atuais, como se a família moderna tivesse nascido junto à escola, ou, pelo menos, ao hábito geral de educar as crianças na escola. A escola, que seria consolidada pelo tempo e teria seu processo de escolarização prolongado, firmou-se não só em relação ao aumento de unidades, mas também à sua autoridade moral, estabelecendo as bases da sociedade moderna, que tem na escolarização uma de suas diretrizes centrais.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

Da Família Medieval à Família Moderna

É de se notar que os séculos XVI e XVII, mesma época em que a família assumiu um caráter sentimental até então inexistente, tenham sido marcados por importantes modificações em suas relações com a criança.

Na família do Ocidente medieval, independente de suas condições sociais e da fortuna da família, já no século XII, ao nascer, as crianças ficavam sob os cuidados das amas-de-leite e, depois, mantidas em casa até os sete ou nove anos de idade, quando eram enviadas para a casa de outras pessoas para que os servissem por um período em torno de sete anos, aprendendo um ofício ou as boas maneiras indispensáveis à vida em sociedade. Não havia ainda a noção de uma prática voltada a uma profissão porque nessa época ainda não estavam delimitadas diferenças entre vida particular e profissional: elas se davam como uma única coisa, confundiam-se, do mesmo modo que então se confundiam vida pública e vida privada. Assim, nessa sociedade não havia lugar para a escola na transmissão da aprendizagem: aprendia-se de forma empírica e, por isso, as crianças viviam no meio dos adultos participando de todas as suas atividades e vida social, de forma que a ninguém era permitido usufruir um tempo para a solidão e para a intimidade, o que se deu até o século XVI.

Por não haver lugar para um setor privado, isentando-se de fatores sentimentais, a família tinha a função da transmissão da vida, dos bens e dos nomes. Com a criança separada desde cedo de seu ambiente familiar, havia entre ela e seus pais um sentimento de afeto na razão direta à contribuição que ela poderia vir a trazer para o estabelecimento da família na sociedade, dando continuidade ao nome, à tradição e ao patrimônio dessa família. Mais do que calcada em sentimentos, o que unia essa família eram laços morais e sociais, pois nos meios mais ricos a família se confundia com o patrimônio, a honra do nome. Em termos de sentimentos, a família quase não existia entre os pobres, a não ser quando havia riqueza e ambição, caso em que o sentimento se inspirava nas relações de linhagem.

O Sentimento de Família: vida pública X vida privada

O sentimento de família para nascer e sobreviver exige um mínimo de privacidade, o que não ocorre se a casa está muito aberta para o exterior, como aconteceu por muito tempo pelo modo de organização do dia-a-dia da socieda-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

de. O afastamento das crianças através das amas-de-leite e depois através do aprendizado necessário em domicílios de outras famílias dificultava esse processo, mas, com o surgimento da instrução escolar, a criança passou a permanecer em sua própria casa – porém, essa maior aproximação familiar e suas conseqüências sentimentais ainda não podiam ser consideradas como os fatores decisivos para fundar o sentimento moderno de família, pois ainda estava-se muito longe da família moderna e da força de sua vida interior, já que a antiga sociabilidade, incompatível com esse tipo de família, permanecia quase que inalterada.

Foi somente no século XVII, como será visto a seguir, que ocorreu um equilíbrio entre as forças sociais e as familiares. Entretanto, é importante registrar que esse equilíbrio não conseguiria sobreviver aos progressos tecnológicos.

A Importância das Relações Sociais com a Comunidade

Ainda no final do século XVII, as relações sociais se davam com base em uma rede hierárquica de dependências que exigia contatos quotidianos através de encontros e visitas, com vistas a todo tipo de trocas e negociações. Como não havia separação entre vida pública e vida privada, todas as relações se davam simultaneamente nos mesmos ambientes, onde todos participavam de tudo, e era através delas que se alcançava ou não êxito na vida. Daí a importância da conversação, considerada uma virtude, o que torna perceptível o valor intrínseco das relações sociais e de seu aprendizado desde cedo. Essas uniões, calcadas nas boas maneiras e na arte de viver bem em sociedade – em vez de manter as amizades por questões sentimentais –, destinavam-se a manter o homem em um determinado lugar social, onde constantemente teria contatos que lhe proporcionariam oportunidades de exercer sua influência e ofício. Assim, por muito tempo, a sociabilidade tradicional e a escolarização moderna permaneceram lado a lado.

Mas onde se davam todos esses encontros relativos aos antigos hábitos de sociabilidade e ainda tão essenciais à sobrevivência dessa sociedade com os quais o novo modelo de organização familiar, concentrado em torno das crianças e sua escolarização, foi obrigado a conviver? As pessoas encontravam-se na rua, mas não havendo estabelecimentos públicos para esse fim – as tabernas eram reservadas às pessoas de má fama –, nos

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

séculos XV, XVI e XVII, em quase toda a Europa ocidental, as reuniões e encontros de negócios eram realizados nas grandes residências particulares, fossem elas rurais ou urbanas. Era uma casa não só fisicamente grande, mas muito povoada. Ao passo que as casas dos pobres tinham um espaço muito reduzido, de no máximo um ou dois cômodos, caracterizando-se mais como um abrigo para o repouso e, às vezes, para a alimentação, não tendo assim nenhuma função social, as casas grandes, que pertenciam às famílias ricas, abrigavam também uma multidão de criados, empregados, clérigos, caixeiros, aprendizes, auxiliares etc. e, portanto, constituíam um verdadeiro grupo social, e, em uma civilização sem locais destinados a reuniões entre seus membros, desempenhavam uma função pública, constituindo-se em um espaço em que as diversas classes de pessoas podiam realizar todos os encontros característicos e necessários da vida em sociedade, profissionais ou não, o que as levava a abarcar uma vida rica em contatos sociais. Com exceção da cozinha, os cômodos dessas casas não tinham funções específicas e eram ligados uns aos outros, servindo a todo tipo de atividades, muitas vezes simultaneamente.

Esse era o modo como as pessoas viviam, sem qualquer condição de privacidade, o que para o homem moderno poderia soar como promiscuidade. Desse modo, essas famílias que já apresentavam um nascente sentimento moderno de família, não funcionavam como um refúgio, uma possibilidade de isolamento ante a densidade da vida social. Ao contrário, segundo Ariès, funcionavam como o núcleo de uma sociedade em torno das quais aglomerava-se um sem número de relações – “em torno delas estabeleciam-se círculos concêntricos de relações, progressivamente mais frouxos em direção à periferia: círculos de parentes, de amigos, de clientes, de protegidos, de devedores etc.” (1981:182) –, e que tinham como centro, ainda no século XVI e XVII, o grupo formado pelas crianças, entre filhos e servidores. Apesar de a promiscuidade ser considerada pela sociedade de alguns séculos atrás seguramente menos incômoda do que o é pela sociedade atual, é fato que, para que a vida e o sentimento de família pudessem surgir e se desenvolver, foi preciso que houvesse um espaço de privacidade, o que não ocorria entre as famílias pobres, cujos filhos por vezes passavam a habitar a casa grande como criados ou aprendizes. É nesse ambiente muito populoso que se deu o meio cultural do sentimento da infância e da família.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

É importante salientar que no século XVII os filhos ainda desempenhavam as funções domésticas típicas dos servidores, já que o serviço ainda não era percebido como degradante, e estar dependendo de outra pessoa não tinha o caráter humilhante que veio a ter depois. Nessa época, em que vigoravam valores coletivos, as relações de dependência na organização social eram vistas como naturais, ao contrário de quando os valores individualistas passaram a orientar toda a sociedade, trazendo a idéia de que cada um seria responsável por si mesmo – nesse contexto posterior, cujo desenvolvimento será descrito mais adiante, a dependência assumiria um caráter de incapacidade e de incompetência diante das exigências da vida.

A volta da criança ao lar, que se deu entre o fim da Idade Média e os séculos XVI e XVII, foi o acontecimento que diferenciou a família do século XVII da família medieval, constituindo-se como sua principal característica: preocupados com sua educação, carreira e futuro, os pais consideraram a proximidade de seus filhos indispensável. Mesmo assim, eles ainda não eram a principal engrenagem do sistema, pois a família, mesmo com seu espaço privativo, permanecia muito permeada pelo meio social, já que se constituía no centro de suas relações. Essa família era a precursora da família moderna. A evolução da família medieval para a família do século XVII – e mais tarde, para a família moderna – por muito tempo limitou-se aos nobres, aos burgueses, aos artesãos e aos lavradores ricos.

A Família, enfim, se Retira...

No século XVIII, a família iniciou um movimento de distanciamento em relação a essa densidade social, reservando um espaço cada vez maior à vida particular. A organização da casa acompanhou essa transformação, sendo seu modo de estruturação já o da casa moderna, em que um corredor de acesso permitia a circulação sem que os cômodos fossem permanentemente invadidos, o que foi uma das principais mudanças da vida quotidiana.

Essa nova característica demonstra a necessidade recém-adquirida de manter-se distante dos criados e dos possíveis intrusos. Já no final do século XVIII, as visitas pessoais ou a negócios eram previamente combinadas, ou seja, os novos costumes modificaram o modo de manter amizades, posição e relações comerciais. Assim, Ariès informa que “outrora, vivia-se em público e em representação, e tudo era feito oralmente, através da conversação. Agora, separava-se melhor a

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

vida mundana, a vida profissional e a vida privada: a cada uma era determinado um local apropriado como o quarto, o gabinete ou o salão” (1981: 185). O código de boas maneiras dos novos costumes se deu de modo a proteger a intimidade e a liberdade individual ou familiar. “As antigas boas maneiras eram uma arte de viver em público e da representação. A nova polidez obrigava à discrição e ao respeito pela intimidade alheia. A ênfase moral deslocara-se” (p.185).

A reorganização tanto da casa quanto dos costumes levou a que houvesse um maior espaço para a intimidade destinada à nova família composta apenas por pais e filhos. Esse espaço era também emocional, e, por isso, havia um novo gosto pela casa, foco de total atenção como espaço íntimo em oposição ao mundo exterior, e uma preocupação redobrada em relação à conduta infantil, à educação e às questões relativas à sua saúde e higiene. Essa nova família, bem adaptada à sua nova configuração que excluía o restante da sociedade, já não era a família característica do século XVII, que era aberta a permanentes invasões dos amigos, clientes e servidores, era, enfim, a família moderna.

Na família moderna, grande parte dos investimentos é destinada aos filhos, considerando cada um deles de modo individual, portanto, sem ambições coletivas. Do século XVIII em diante, esse sentimento de família sofreu poucas modificações, a não ser pelo fato de ter alcançado todas as camadas sociais – espalhando-se mais rapidamente entre a burguesia do que nas classes populares – ressaltando-se que até o início do século XIX a maior parte da população, que era também a mais pobre, manteve os hábitos característicos das famílias medievais, inclusive ainda tendo as crianças residindo em outras casas –, mas mesmo essas famílias vieram a absorver essa nova noção de família, a tal ponto que a sociedade como um todo esqueceu que esse novo arranjo familiar era originário das classes aristocrática e burguesa. Então, a família, tal como é conhecida na atualidade e assim naturalizada, é, na verdade, uma construção historicamente datada, que se deu com base em medidas bastante específicas para atender a determinados fins.

Sobre o Paradoxo Família e Sociabilidade

Em se tratando de paradoxos, é possível tratar de articulações entre o que em um primeiro momento são opostos, mas que podem vir a ser tratados como polaridades complementares, tal qual o indivíduo referido à família, à individualidade em função da coletividade, à privacidade permeada pela sociabilidade, necessidades e desejos.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

O nascimento e o desenvolvimento do sentimento de família se deu entre os séculos XV e XVIII, e, depois de conviver com a antiga sociabilidade nesse período, a partir do século XVIII, entende-se que o sentimento de família espalhou-se por todas as camadas sociais, impondo-se tiranicamente às consciências. Isso quer dizer que esse novo sentimento, fruto de imposições culturais transformadas pelos moralistas e educadores em necessidades que devem indiscutivelmente ser atendidas, obrigou toda a sociedade a adotar um modelo de valores e comportamentos que foram exaustivamente discutidos, promovidos e divulgados como a única organização possível de família. Às pessoas não sobraram opções, era necessário e até desejável adequar-se às novas necessidades como se fossem suas – elas se deram conta disso?

Ao continuar, diante da afirmação de que a evolução dos últimos séculos é constantemente apresentada como o triunfo do individualismo sobre as obrigações sociais e entre elas, a família, pode-se questionar a respeito das diferenças entre o individualismo afetivamente descompromissado dos pais do Antigo Regime, que focavam a manutenção e perpetuação de seus nomes e posições sociais, e o individualismo imediatista dos pais da modernidade, voltados para a vida profissional e a ideologia do consumo – os primeiros mais e os segundos menos focados na continuidade da família sob os aspectos tradição e patrimônio. Não se pode pensar que, de modos diferentes, o compromisso com a família captura ambos os ‘individualismos’? Em resposta a essa indagação, é possível arriscar algumas hipóteses.

O individualismo antigo estava submetido à família como tradição e patrimônio, o que levava a que não houvesse um compromisso afetivo nessas relações, permitindo um desvinculamento emocional em relação aos filhos em prol dos próprios interesses como indivíduos – desde que não esbarrassem nos interesses familiares – e dos interesses da família como entidade coletiva. O individualismo atual estaria emocionalmente submetido à família, já que na atualidade os sentimentos são a principal justificativa para sua existência. A família não impõe seus valores e códigos como tradição, e sim através dos sentimentos que circulam entre seus membros. A liberdade pessoal é ampla, sendo possível, ainda que sob pressões familiares, fazer opções individuais em termos de escolha profissional, de parceiros e de relacionamentos. Mas o foco parece estar sempre no projeto comum – comum não só a ela, mas a toda sociedade – de que se proporcione aos filhos a melhor escolarização possível, de modo que possam alcançar uma posição no mercado como produtores e consumidores.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

Atualmente, constituir família cada vez mais é uma opção e não uma obrigação social. O que parece ocorrer é que, diante de tantas obrigações e renúncias que traz em seu encaixo, um crescente número de pessoas opta por não formá-la, priorizando projetos individualistas, também muito estimulados pela cultura.

Esse incômodo em relação às obrigações e renúncias que a família requer não se dá em função dos valores divulgados pelos meios de comunicação de massa e das dificuldades existentes pelo modo de vida do sistema capitalista? Ainda assim, não é fato que, para muitos, ela ainda representa a possibilidade de refúgio e conforto afetivo, apesar das renúncias que impõe? E quando essa família existe, no geral, não é mantida ainda que à custa de inúmeros esforços? Então teria o individualismo de fato sobrepujado a família?

Uma resposta possível é que, com raras exceções, os problemas de transmissão de riqueza não superam a preocupação com o bem-estar dos filhos, tendo a família se tornado, desde o final do século XVIII, um grupo fechado, no qual seus membros permanecem reunidos e em torno do qual a evolução dos costumes contemporâneos se deu. Visto desse ângulo, parece que não foi o individualismo que triunfou e sim a família.

Aqui entram em jogo os vários movimentos cuja marca foi a separação: a dicotomia entre o universo adulto e o universo infantil, o recolhimento da família em relação à sociedade, o distanciamento entre as diferentes classes sociais.

Assim, ficamos tentados a acreditar que o sentimento da família e a sociabilidade eram incompatíveis, só podendo desenvolver-se à custa um do outro. Isso faz parte de um certo momento da história. E atualmente como isso se dá e o que pode ser pensado? É o que será visto ao serem discutidos os dilemas da família atual.

Os Dilemas da Família Atual

Dois fenômenos sociais se destacam no modo como a família atual foi levada a se organizar: as transformações do mundo do trabalho, levando à mudança dos costumes e conseqüente diversidade de formações familiares, e o modo como foi construído o lugar social da mulher, incidindo sobre ela a função do cuidado na família moderna.³

³ Sobre a concepção de trabalho e sua historicidade, ver Ramos, texto "Conceitos básicos sobre o trabalho", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Mizrahi (2004) desenvolve a noção de que o que se conhece como família a partir da modernidade, longe de ser um fenômeno universal, é fruto das ocorrências da passagem da sociedade medieval para a industrial. Essas alterações, ao mesmo tempo em que reforçaram os laços já existentes na vida privada, esgarçaram ainda mais os vínculos sociais com a comunidade: focada em torno dos cuidados infantis, a família tem o seu afastamento das trocas sociais reafirmado devido às modificações sofridas em função de terem essas trocas passado a se dar na impessoalidade da indústria e do comércio, restringindo assim a subjetividade à esfera privada. Mas seria o espaço privado capaz de compensar o enfraquecimento das relações sociais?

Esse movimento teve a participação daqueles que passaram a administrar essa nova organização da sociedade: o Estado moderno, os moralistas e os especialistas – médicos, juristas e educadores, que tendem a definir os papéis diferenciados de pai e mãe, assim como as relações dentro do casamento como categorias únicas e invariáveis. Isso reflete o modo como a sociedade passou a entregar-se aos especialistas – ou a ser usurpada por eles – ou àqueles que ‘por direito’ determinam seus modos de organização, determinando relações de poder verticalizadas. Assim, ainda que as relações parentais tenham sido reconhecidas, teriam em contrapartida tornado-se domínio mais dos especialistas que tentam defini-la – enrijecendo-a em suas relações internas e externas, no âmbito político – do que dos próprios pais?

Para a autora, à medida que o mercado tornou-se o organizador da sociedade urbana como um todo, a relação pais e filhos foi conduzida em função do modo capitalista de produção e, paralelamente, ainda que a família tenha sido vista como uma possibilidade de proteção e autoridade, pelo menos nos grandes centros urbanos esses aspectos fatalmente tenderiam a enfraquecer ou mesmo a desaparecer em razão da própria organização do mundo do trabalho que permeia essa família por ela produzida. Seria então possível identificar a origem dos problemas que a família tem enfrentado nos processos que a privilegiaram em sua forma nuclear?

Ainda que historicamente separadas, as esferas públicas e privadas se interpenetram quando se fala das práticas profissionais, visto o caráter central que o trabalho assume na atualidade. Se a noção de indivíduo separado de seu núcleo familiar surgiu para permitir sua venda como força de trabalho, tornando-se ele mesmo mercadoria, o isolamento da família, produtora de indivíduos,

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

aconteceu para possibilitar a padronização do modo de construção subjetiva que ocorreria na infância – não é difícil identificar o início desse movimento ao proceder a leitura dos aspectos históricos da construção social da família.

Confinamento Familiar

O confinamento familiar e o modo como foi construído, possibilitando a origem e o desenvolvimento do sentimento de família – fruto direto da privacidade e da intimidade – já foram mencionados anteriormente.

A função da família era transmitir a vida, os bens e o nome, portanto a função filial era servir aos domínios paternos e de suas alianças, sendo por isso privilegiados ou preteridos em razão da progeneritura e do sexo. Os papéis sociais eram tão fortemente definidos, garantindo a imobilidade social, que a proximidade com pessoas de diferentes condições sociais não era sentida como ameaçadora. Porém, a possibilidade de mobilidade social foi obra da própria burguesia, que passou a sentir-se ameaçada, tendendo a considerar nociva a mistura social entre ricos e pobres. Conforme os tradicionais vínculos calcados na obrigação e na fidelidade foram-se enfraquecendo, a valorização da intimidade emergiu como uma maneira de compensar com a distância física a diminuição das distâncias hierárquicas. Como um refúgio, a casa separou-se da comunidade e, da mesma forma como a família passou a ter seu espaço de privacidade, ocorreu, em relação à criança, que foi retirada da convivência do mundo adulto e passou a viver restrita à família e à escola. Então, foi observado que, em contrapartida às assustadoras transformações e diferenças inerentes à sociedade, à família coube o espaço tranquilizador da igualdade, calcando-se na importância conferida ao amor no casamento, refletida na escolha do cônjuge, e ao amor entre pais e filhos, que seriam a base das trocas recíprocas – a partir daí, o cuidado infantil pautaria também a organização do sentimento moderno de família.

Aqui cabe voltar a atenção para outras duas transformações ocorridas no século XVIII que não podem ser dissociadas da revolução afetiva que foi a valorização da intimidade: a ocupação dos espaços pelo nascente Estado moderno, instituindo normas para controlar e organizar a sociedade, com vistas principalmente à escolarização e ao trabalho, e a separação entre o local de trabalho e o de todas as outras atividades – o trabalhador passa a sair da comunidade para trabalhar confinado sob a rígida disciplina que impera nos

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ambientes de trabalho, onde a produção segue padrões específicos. Não é mais apenas a criança que é vigiada e disciplinada, o trabalhador passa também a ser submetido a esse modo de organização.

A crescente perda de espaços livres para a organização do trabalho e para o Estado também contribuiu para o ensimesmamento da família. Além disso, a sociabilidade, ainda que minimamente preservada em um primeiro momento da vida urbana por meio de locais públicos de encontro, tendeu a se deteriorar com o passar do tempo. Portanto, coube ao espaço íntimo do lar o encargo de realizar todas as expectativas que seguramente não seriam oferecidas fora do ambiente doméstico.

A partir da modernidade, com o cuidado infantil cabendo cada vez mais aos pais e menos à sociedade, espera-se tudo da família, como se ela fosse uma entidade onipotente capaz de tudo oferecer, inclusive o que de mais contraditório há. Assim, a família estaria em crise devido ao excesso de atribuições que passaram a incidir sobre ela. Mas existem controvérsias nesse sentido, podendo não ser tanto a valorização crescente da privacidade que levaria à crise pela qual a família tem passado, e sim o movimento que levou a sociedade a cada vez mais se estruturar em função da organização estabelecida pelo mundo do trabalho nos grandes centros urbanos. Essa sociedade industrial, através dos discursos e práticas ideológicas dos especialistas, do consumo e da publicidade, foi ganhando espaço na esfera privada, padronizando-a e adaptando-a às necessidades da esfera pública e seus interesses econômicos. Desse modo, a própria intimidade é prejudicada pelos discursos que aparentemente pretendem preservá-la, pois, externos a ela, tendem a pautar o seu modo de estruturação e de relacionamento, levando a que exista em seu interior uma privacidade construída com base em parâmetros pré-determinados.

A Privacidade Invasiva

O fato de o tempo dedicado à família estar condicionado a ser apenas aquele que resta do horário de trabalho, atividade considerada como a mais importante, faz com que as crianças passem mais tempo sob os cuidados de outras pessoas, muitas vezes sob a influência do que é veiculado pela televisão e estando sujeitas à cultura do consumo. Outro ponto, talvez consequência do anterior, é a separação, na família, da função disciplinadora da função afetiva, em que os pais, com cada vez menos tempo disponível, pretendem passar com

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

os filhos apenas momentos agradáveis, e, desse modo, tendem a deixar cada vez mais aos agentes externos a incumbência de pautar regras e normas sociais, o que rouba à relação entre pais e filhos seu caráter de inteireza e as funções de autoridade em relação aos filhos.

Os ideais individualistas – que rejeitam vínculos e compromissos e ao mesmo tempo estão ligados ao ideário capitalista – produziram a vida privada como um espaço extremamente valorizado. Esse fenômeno se revela tanto nas disposições íntimas de cada indivíduo que valoriza sua capacidade de consumo como nas exigências da sociedade em relação a esse mesmo consumo e à organização do trabalho, este último impondo condições que visam à capacidade de produção do trabalhador sem levar em consideração seus outros papéis sociais. Desse modo, sob pena de negligenciar as necessidades de jovens e crianças e de se responsabilizar unicamente a família por eles, tanto a emancipação feminina como a maior participação do homem no cuidado infantil não devem ser pensados sem considerar a busca pelo consumo, pela satisfação imediata e, principalmente, a reorganização do trabalho, já que não se pode ignorar que o modo como a família tem funcionado é imposto de acordo com os interesses dessa organização. Além disso, há o crescimento do divórcio e a pretensão de que, paradoxalmente, a família, cada dia mais fragilizada, faça o papel de um porto seguro afetivo em contrapartida a um mundo do trabalho cada vez mais hostil.

Essa crise nada mais é do que o resultado de ações concretas que impossibilitam a família a adaptar-se às novas condições, submetida que está às leis que conduzem o capitalismo industrial, naturalizadas como princípios universais pela economia clássica dos séculos XVIII e XIX, de modo a camuflar a consequente dominação de classe. Porém, Mizrahi considera que a desintegração familiar não é um processo inevitável, mas que, apesar disso, vem ocorrendo lentamente na Europa Ocidental e nos Estados Unidos desde o século XIX, e completa: "(...) a história da sociedade moderna foi marcada pela afirmação crescente do controle social sobre atividades antes relegadas a ela [família]" (2004: 34). E acrescenta que não só a família nuclear, mas também toda a rede de proteção social não resistiu a tamanhos paradoxos.

Ao contrário da percepção de Ariès (1981) de que a família nuclear nasceu fechada em si mesma, sem espaço para interferências externas, Lasch (1991) entendeu a família moderna como totalmente vulnerável a essas interfe-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

rências. Assim, atrelado ao caráter absoluto assumido pelas leis econômicas, o papel da família teria sido concebido de forma também universal: em contrapartida à impessoalidade e competitividade do mundo do trabalho, foi dada à família a responsabilidade pela intimidade e afetividade não encontrada no mundo externo. E, dentro da família, esse papel centrou-se na mulher. Para isso, em função da vida privada, ela deveria estar afastada do mundo do trabalho e focada no bem-estar do marido e das crianças, o que seria reforçado pela idéia de que seria instintivamente voltada a esse bem-estar alheio.

Se, por um lado, era valorizada através do ideal de um casamento por amor e pela importância atribuída aos cuidados infantis, por outro, era desvalorizada em função de que a produção, centro em torno da qual toda a sociedade se organizava, estava não só distanciada, mas totalmente desconectada do ambiente doméstico, e, além disso, devido ao ingresso das crianças no mundo escolar, visando a uma melhor preparação e adaptação para o trabalho. Assim, a mulher estava afastada de tudo o que se relacionava com o que parecia ser o objetivo primeiro de toda a sociedade.

Os discursos técnicos a respeito da família, embora possam parecer apontar propostas libertadoras, têm sido construídos de modo a melhor adaptá-la à ideologia do trabalho, visto que as condições responsáveis por sua fragmentação não são denunciadas. Além disso, a publicidade e o consumo também têm seu papel reservado na manutenção da padronização das atitudes dos trabalhadores. Mas, apesar disso, e talvez por isso, as queixas diversas que todo esse processo demanda são reduzidas de maneira conveniente à manutenção do *status quo*, já que as queixas em relação ao trabalho são vistas sob um ponto de vista unicamente psicológico, excluindo a possibilidade de serem entendidas como reivindicações políticas. Do mesmo modo são vistas as dificuldades dos pais em relação à educação dos filhos, que é considerada como problema de ordem individual, desvinculado das questões que envolvem a sociedade como um todo. E, a partir daí, a medicalização, os cuidados médicos e a terapia, assim como a busca ao atendimento dos anseios do consumo, tomam o lugar das transformações coletivas.

Para Lasch (1991), a progressiva destituição da autoridade na família a deixa vulnerável ao controle externo. Os laços de parentesco têm funcionado, desde o início da era industrial, como um instrumento que introduz na formação da criança os pressupostos de uma organização social totalmente voltada para

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

o mercado – o que torna compreensível o sentimento de vulnerabilidade que os pais experimentam durante a árdua tarefa de formar seus próprios filhos. A mesma sociedade que cultua os pais como educadores lança-os em uma situação de inseguranças, incertezas e impasses. E para evitar que as crises vivenciadas pela família resultem em maiores questionamentos e movimentos de contestação social, culpa-se ela própria por suas dificuldades e problemas, como se tudo pudesse ser resolvido unicamente na privacidade familiar.

A Ideologia da Maternidade

Ao contrário de Lasch (1991), Badinter (1985) considera que a família, com seus ideais e exigências, é a grande responsável pela delicada condição feminina na sociedade, e não o modo de organização do trabalho. A autora pontua aspectos que desde a Idade Média comprovariam um modo de ver a maternidade não como um processo naturalmente determinado, e sim como uma construção que se daria em função de servir a uma família já servil ao capitalismo, aspectos esses que perpassavam todas as classes sociais – obediência imposta pela religião; poder identificado com a figura masculina; indiferença paterna e materna durante a Idade Média; entre outros.

Um pouco mais tarde, ao passo que os ideais de liberdade e igualdade trazidos pelo Século das Luzes levaram as mulheres de classes abastadas a trocar as atividades do lar pelos salões, pela arte e pelo conhecimento filosófico, as terríveis condições de trabalho a que estavam submetidas as operárias nas fábricas, além do trabalho infantil a que estavam subjugados muitos de seus filhos, levaram cada vez mais as crianças a ficarem sob os cuidados de outras pessoas.

Portanto, é preciso considerar o quanto esse sentimento de maternidade e dedicação à família nuclear foi socialmente construído pelo esforço de alguns setores da sociedade, como o Estado e os moralistas do século XVIII.

Segundo Badinter (1985), a natureza feminina foi construída por Rousseau como o complemento do homem, ou seja, subjugada a ele por natureza, de modo a formar com ele um todo, completo. E, na medida em que estava reservado a ele o universo público, do trabalho e da decisão, 'naturalmente', a ela estaria justamente o contrário. A mulher deveria ser educada em função de bem realizar as funções que seriam natural e inalienavelmente destinadas a ela,

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

não aceitando delegar os poderes que acreditava serem-lhe conferidos por seu instinto materno, guia infalível no cuidado integral do lar, do marido e dos filhos, como verdadeiro sacerdócio, dever e razão de ser da mulher. Assim, o homem foi, de certa forma, destituído de suas funções paternas, restando-lhe o papel – também dito natural – de provedor, e a família, tida então como única sociedade natural, se pautaria em função das necessidades das crianças. Assim, a autora pretende naturalizar a condição feminina contemporânea.

Porém, Lasch (1991) sugere que, de certo modo, a luta das mulheres limitou-se a reivindicar a igualdade no mercado de trabalho nos mesmos moldes como ele se apresenta estruturado, esforçando-se por adequarem-se às suas normas e condições – e com base nesse pensamento, pode-se pretender naturalizar também o desejo de se dedicar às atividades de produção em vez de cuidar da família.

Tendo em vista essas duas perspectivas é possível pensar na afetividade dos pais em relação aos filhos como parte do campo das manifestações humanas, podendo estar ou não presente na vida das pessoas, do mesmo modo como pode se dar em relação a determinados anseios individualistas que também se pretendem universais.

Em meio a essa discussão, Mizrahi (2004) chama a atenção para o fato de que, independente de em qual perspectiva se enquadrem, para muitos pais, o fato de deixar os filhos sob os cuidados de terceiros configure-se menos como uma opção de escolha individual e mais como uma condição de empregabilidade em tempos difíceis.

O Outro Lado da Moeda: o homem destituído do cuidado

O mesmo movimento que pretendeu reservar integralmente à mulher o papel do cuidado retirou-o quase que totalmente do homem. Lyra et al. (2003) fazem uma breve descrição das relações de gênero desde os primeiros momentos da história da humanidade e do modo como foi construída a associação feminino-cuidado, citando estudos que, ao abordarem o tema do cuidado criança-adulto, concluem que diversas práticas relacionadas a nascimento, amamentação, higiene e brincadeiras, entre outras, são construções sociais – ou seja, não são naturais e devem ser compreendidas dentro de contextos específicos.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

Chegando aos dias atuais, afirmam que trabalhar os cuidados de saúde com a clientela masculina levanta algumas questões. Os homens crêem-se mais fortes e invulneráveis em comparação a mulheres e crianças, sendo também pouco cooperativos e mesmo irresponsáveis com a própria saúde e a de terceiros. Para melhor trabalhar as questões de saúde com eles, é necessário compreender como se dá a sua socialização e quais expectativas incidiram sobre eles, para que se possa desenvolver uma abordagem que busque modificar esse quadro. Por ser compreendido como naturalmente invulnerável, as condutas masculinas levam a uma maior taxa de acidentes, crimes, abusos de substâncias ilícitas e outras situações de risco, revelando ter o enfrentamento do limite como referencial de masculinidade. Além disso, pelas experiências e expectativas pelas quais passou em sua socialização, o aspecto relacional dos homens será estipulado pelas relações que tiveram e ainda têm.

Tanto a educação familiar e escolar quanto a mídia, através das posturas cobradas e dos brinquedos oferecidos, levam a que se associe o cuidado ao universo feminino, ao mesmo tempo em que estimulam os meninos a competições, esportes e brincadeiras que exijam maior esforço físico. Pode-se questionar se o fato de que os meninos não sejam estimulados a manter brincadeiras que remetam a posturas de cuidado traria embutidas preocupações em relação à sua sexualidade, pois o fato de um menino ser visto brincando de boneca remete à dúvida se ele poderia vir a ser homossexual. Desse modo, é possível compreender como pode ser difícil para alguns homens dissociar demonstrações de afeto e cuidados de uma dúvida a respeito de sua identidade sexual. Assim, a associação entre o gênero feminino e o cuidado é reforçada uma vez mais. Além disso, a sociedade costuma considerar o homem sem tanto talento para cuidar de crianças, já que não dispõe do 'instinto materno' a seu favor.

Quando se pensa em cuidado, é possível abranger um universo relacional bastante amplo, para além do aspecto relacional entre homens e mulheres, nas relações diárias com objetos, plantas, animais e pessoas, assim como no trabalho, remunerado ou não, podendo estar vinculado a sentimentos de empatia, carinho, compaixão etc. Os aspectos culturais, sociais e os relativos à identidade podem ser determinantes no modo como o cuidado é apreendido.

Os autores sugerem que as desigualdades sociais no exercício do cuidado só podem ser compreendidas através da análise das relações de gênero, percebendo a hierarquização dos papéis masculinos e femininos como uma constru-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ção cultural, social e histórica – portanto, não natural. Mencionam ainda que o mesmo poder social que mantém os homens desvinculados dos papéis de cuidado – o que pode ser visto por alguns como fonte de privilégios e poderes individuais – também os mantém alienados de seus sentimentos e de seu potencial para estabelecer relacionamentos humanos de cuidados com os filhos. Porém, revelando que essa situação vem-se modificando, visto que esse sofrimento começa a aparecer através de grupos de reflexão e de movimentos e organizações que surgiram para tratar dessa temática, Lyra et al. concluem que não se pretende “com isso alegar a inexistência de diferenças entre pai e mãe, mas sim trabalhar para uma flexibilização das concepções dos papéis por eles desempenhados e provocar uma ampliação dos repertórios quanto aos sentidos atribuídos ao masculino e ao feminino” (2003: 88).

O Controle da Sexualidade como Forma de Poder

Segundo Foucault (1988), a partir do século XVIII, o controle exercido pela soberania dos senhores da Idade Média e pelas técnicas de confissão cristã é gradativamente modificado, pois, com o advento das sociedades modernas, a esses poderes opõe-se um gerenciamento da vida segundo normas científicas abstratas e impessoais, regulando permanentemente o comportamento humano de modo a torná-lo útil à sociedade.

Esse sistema, exercido pelo Estado, depende de um rigoroso controle sobre a inserção das pessoas nos espaços de produção e de ajuste da população aos processos econômicos, o que é essencial ao capitalismo. Para isso é necessário tanto controlar e disciplinar o modo de atuação individual como potencializar suas capacidades ao máximo, e ainda controlar os eventos de todo o conjunto de indivíduos: a distribuição demográfica, os nascimentos, o nível de saúde, a duração da vida, a mortalidade, as epidemias, a coabitação, a prostituição – o que leva à preocupação em torno da sexualidade.

O Desafio Atual

Sennett (2004), um autor que também discute as relações entre a família e os meios de produção da sociedade capitalista, discorre a respeito

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

do conflito existente entre o tempo destinado ao trabalho e o destinado à família, e da submissão do homem a ele, recorrendo à afirmação de Max Weber de que, no capitalismo moderno, a disciplina militar é o modelo ideal em que está pautado todo o sistema de trabalho.

O sofisticado universo capitalista com sua alta tecnologia demanda um homem que é visto como produtor e produto de consumo, moldado a partir dos valores decantados e impostos pelos ideais de flexibilidade e adaptabilidade de um mundo onde as circunstâncias são variáveis todo o tempo, sendo esse homem também considerado matéria consumível e, portanto, descartável tão logo sua força de trabalho não sirva mais de modo conveniente ao sistema. Desse modo, a nova ordem impõe novos controles. Não um controle externo como ocorria anteriormente nas fábricas, mas, tendo em vista a internalização dos valores a que o trabalhador dos grandes centros urbanos assume que deve corresponder, esse controle aparece como uma autodisciplina que o leve a fazer frente às solicitações deste novo mercado empresarial, cujo ritmo é pautado pela não-limitação de horários fixos, jornada de trabalho ditada pela necessidade crescente de produção e pela possibilidade de exercer sua função em outros espaços físicos que não aquele demarcado a princípio para exercê-lo.

Assim, a função do homem como trabalhador amplia-se para além de qualquer limite estipulável, não oferecendo limites claros entre a atenção dedicada ao exercício profissional e às outras atividades, incluindo-se aí o tempo e o espaço da família – e uma nova dinâmica familiar é gerada, impondo a cada um de seus membros, inclusive às crianças, a adaptação e a reprodução do ritmo e dos ideais do sistema capitalista. Como uma das conseqüências do impacto social provocado pela globalização, a reorganização dos processos e das relações de trabalho não poupou também os setores mais desfavorecidos da sociedade, impondo suas regras e seus valores.

A conclusão por tudo o que foi dito até aqui parece óbvia: que a preservação da família só se dará caso deixe de situar-se em uma posição de submissão em relação ao modo como a organização do trabalho tem-se estabelecido, já que as pressões profissionais têm ameaçado as funções parentais, tais como construídas na modernidade, não apenas em seus aspectos concretos, mas também nos ideais que pressupõe tanto nas classes mais pobres quanto na classe média. É o que será visto adiante.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Críticas à Noção Moderna de Família

Aqui será visto que, ao contrário do que possa parecer em um primeiro momento, a família não é uma célula isolada da comunidade na qual está inserida, nem de toda a sociedade e de suas ideologias. Também serão vistas as mudanças ocorridas na concepção de família em função de suas diversas configurações, abalando o modelo idealizado de família nuclear, e como, através de todos esses aspectos, se dão as relações dialéticas entre indivíduo, família e sociedade.

Nessa discussão estão em jogo os dilemas que a família atravessa, as diversidades de noções existentes a seu respeito e como as pessoas de um modo geral estão situadas em relação a ela – certamente apresentam anseios e dificuldades; sentem-se submetidas a regras ou crenças que tendem a seguir. O que se pensa ser o modelo ideal de família? Quais são os modelos possíveis? Que estratégias estão sendo pensadas nessas relações? Como se dá a dialética entre indivíduo, família e sociedade?

A representatividade da família tendo em vista sua dimensão emocional – que lhe foi atribuída em crescentes movimentos culturais de várias instâncias sociais até a atualidade – firmou-se como unidade central na formação da sociedade. Esse movimento que culminou elegendo a família como modo privilegiado de relação e inserção dos indivíduos na sociedade iniciou-se com a família conjugal, formada pelos pais e seus filhos (Ariès, 1981). É justamente o afeto, principal característica delegada à família, que parece justificar sua permanência por tanto tempo na história da humanidade (Sawaia, 2003).

Já foi dito por vários autores que esse movimento teve seu início na burguesia e nela permaneceu por muito tempo até gradativamente espalhar-se para outras classes sociais, o que leva a perceber que sua força de representação simbólica está atrelada aos valores e idéias desse segmento da sociedade. As representações oriundas desse contexto foram disseminadas entre outros universos sociais que, internalizando-as, vêm tentando reproduzi-las em seus próprios contextos. Aqui é possível testemunhar o nascimento e a disseminação do mais significativo – visto que a família já existia, embora sem a marca do viés afetivo – modelo de família na sociedade ocidental como um dos principais elementos normativos e padronizadores

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

da sociedade moderna, a partir dos quais os indivíduos organizam sua percepção do mundo social. Assim, essa representação a respeito de família é constitutiva dessa cultura, disseminando-se através do senso comum e dos meios de comunicação de massa.

A partir do século XVIII, com o advento do capitalismo industrial, surge a noção de intimidade e, assim, como construção historicamente datada, a família se firma com base na cisão do espaço público e privado que contextualizou as transformações do mundo do trabalho, introduzido tendo em vista a perspectiva do mercado econômico e as leis que o regem (Mizrahi, 2004). Essa cisão incidiu fortemente na família. Ela perdeu seu espaço público não só a partir de uma valorização da intimidade, mas também em função da ocupação desse espaço pelo mundo do trabalho e pelo Estado. Confinada, perdeu inclusive o direito a uma privacidade e uma intimidade legítimas quando, através do racionalismo científico e dos discursos tecnológicos intermediados por especialistas diversos, começaram a lhe trazer orientações e regras supostamente em nome do seu próprio bem-estar. É assim que, ideologicamente, totalmente controlada, ela tornou-se palco de manipulações que são internalizadas e perseguidas como valores. Essa situação tem sido vivida desde então.

Desse modo, ela é enredada e, sem perceber, aceita papéis controversos, buscando cumpri-los de forma onipotente. Coube ao espaço doméstico oferecer a seus membros, de modo autônomo e no curto espaço de tempo que lhe é reservado – por necessidades econômicas ou por atividades individualistas –, tudo aquilo que não poderia mais ser obtido no espaço público, como a educação dos filhos, o apoio aos idosos, os cuidados com a saúde e o suporte afetivo.

Nunca a valorização da individualidade, do privado e da subjetividade foi tão forte como nos últimos tempos, o que legitima o direito à diferença, reproduzindo mecanismos – de alienação – que promovem a desigualdade social. Sawaia (2003) refere-se a uma dilatação do eu e da presença nos discursos dos valores relacionados a uma postura autônoma, incentivando que se abduca da possibilidade de utilização da solidariedade das redes sociais e familiares. Esse discurso renega a afetividade e exalta de modo insaciável a busca do prazer imediato a qualquer preço. O afeto é associado a produtos e tratado como mercadoria, estimulando sua obtenção através do consumo desenfreado em

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

vários níveis. É um discurso muito conveniente a um sistema que tira o máximo e pretende dar o mínimo, sobrecarregando a família.

Nesse caminho, através dos meios de comunicação de massa, a sociedade industrial propaga discursos e práticas ideológicas que determinam a esfera privada em função de interesses próprios, desde o modo como educar os filhos tão logo nascem até a escolha de suas profissões, os comportamentos, o lazer, os cuidados com a saúde, a estética, quais produtos consumir etc. As descobertas do mundo científico são lançadas no universo comum e nele assumem diversas facetas, a partir de reelaborações e adaptações – assim, nesse caldo cultural em que representações se mesclam a outras, desaparecendo, emergindo, em um movimento de (re)construção simbólica, os sujeitos sociais criam e recriam sua própria realidade. Apesar de a subjetividade ser construída tendo em vista esse ambiente também construído – e aí a ampla liberdade de escolha alardeada pela cultura individualista parece estar submetida a limites bastante rígidos, já que pactuada com o sistema –, se por um lado os indivíduos têm sua subjetividade moldada, não se pode dizer que percam sua autonomia no que lhes compete buscar alternativas. Os paradoxos são muitos, mas é nessa capacidade dialética e criativa que, entre as inúmeras tensões a que estão submetidos, podem despontar questionamentos e soluções.

Em função das inúmeras pressões a que se viu submetida, a família foi buscando modos de sobreviver. O avanço tecnológico e as leis do mundo do trabalho foram responsáveis por mudanças nos costumes que, modificando o tecido social, vieram oferecer novas configurações à família. A emancipação feminina (através dos anticoncepcionais, da entrada no mundo do trabalho e das tentativas de desnaturalizar a hegemonia do instinto materno), a redefinição das funções paternas e maternas, as novas relações entre os gêneros, o divórcio, as uniões informais, a existência de mães solteiras, a possibilidade de uniões entre homossexuais, o aumento da expectativa de vida (que junto ao desemprego ou à sobrecarga de trabalho que atinge os mais jovens traz aos avós parte da responsabilidade em criar os netos), e outros fatores, levaram a agrupamentos familiares que, por vezes, não são só compostos por pessoas que possuem relação de parentesco (Losacco, 2003). Cabe ressaltar que, se essas mudanças ocorreram, é porque convinham ao sistema capitalista – que também é uma construção

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

historicamente datada como já foi visto anteriormente – e seu espírito voltado para o consumismo e para a acumulação de riquezas, que transformou as questões que as envolviam em produto de consumo.

Conforme a família foi perdendo seu poder de educar e cuidar, surgiram previsões de sua extinção. Essas previsões não se concretizaram e, para Sawaia (2003), ela continua cumprindo seu papel de mediação entre indivíduo e sociedade. Além dessas dificuldades, soma-se o aprisionamento em relação a idealizações quanto às reais possibilidades e deveres da família, principalmente em contextos tão adversos.

Nas últimas décadas do século XX, as mudanças da concepção de família abalaram o modelo idealizado ainda calcado na família nuclear burguesa, tornando seus contornos bem menos definidos. Desse modo, é preciso considerar a concepção que a própria família faz de si mesma, especialmente o quanto mais ela se afastar das idealizações propostas pelo discurso dominante, que tende a classificá-la, ainda mais se pertence às camadas mais pobres da população – sem levar em conta que certos deslocamentos de papéis em uma família são relativos aos princípios estruturais que a definem em sua classe social –, como desestruturada (Sarti, 2003). Novamente estão presentes, só que de modo mais visivelmente internalizados pelos sujeitos sociais, os mecanismos que levam à alienação da própria condição de modo a reproduzir a desigualdade e a injustiça social, em especial se são identificados nos sujeitos que sofrem a ação. A história da família revela o quanto os papéis exercidos por seus membros são historicamente construídos. Apesar das muitas transformações ocorridas terem contribuído para enfraquecer a coesão familiar, é provável que seus alicerces não estejam abalados a ponto de comprometer sua continuidade histórica – sua forma ainda se mantém a ponto de ser reconhecida como tal pela sociedade.

Devido a essa mudança que a configuração familiar vem sofrendo, meios de divulgação e até mesmo alguns profissionais, além de parte da população, supõem que a família, como instituição, encontra-se em processo de desestruturação, desagregação ou de crise. Mas, ainda assim, ela representa o lugar de referência para a intimidade, a afetividade e a segurança (Losacco, 2003). Enquanto alguns olham para esse evento com estranheza, já que não desnaturalizaram as condições de família, mostrando-se nostálgicos ao vivenciar a perda dos valores a ela associados, outros são capazes de ver nessas mudan-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ças, não só os abalos das estruturas familiares, mas uma nova acomodação dessas estruturas, que permitam uma melhor adaptação às condições socioeconômicas e culturais – na verdade, como um movimento que mostra sua luta em sobreviver a tempos diferentes, talvez, difíceis. Sarti (2003) fala da necessidade de considerar a leitura que cada família faz de si mesma e os significados específicos que tais mudanças trazem sobre ela. A autora aponta que, em relação ao imaginário atual relativo à família, ainda referenciada ao modelo da família nuclear – cujas definições estão cristalizadas, já que naturalizadas, nos dispositivos instituídos da sociedade, representadas por juristas, médicos, pedagogos, religiosos, psicólogos, entre outros, que se propagam paralelamente a esses nos meios de comunicação –, as experiências são vividas e simbolizadas de acordo com tal realidade. São essas referências que ancoram o padrão ideal de como uma família deveria ser, e, por sua vez, estão ancoradas em visões biológicas, que, por isso, se pretendem naturais e universais – e essa constitui uma poderosa força simbólica. Ainda assim, cada família terá uma versão para sua história. A dialética que se dá entre o discurso oficial e o particular – a partir de elementos subjetiva e objetivamente disponíveis aos indivíduos na cultura – permite à família apropriar-se ou não de aspectos instituídos e elaborá-los tendo em vista a singularidade que lhe é própria, construindo sua própria história e justificando as próprias vivências. É certo que o discurso social incide sobre as famílias, mas ele é traduzido, elaborado e devolvido ao mundo social através de sua própria imagem, e é fundamental que esse fenômeno seja reconhecido e legitimado pelos profissionais de saúde que lidam com famílias.

Coexistindo, algumas dessas transformações são obrigadas a enfrentar mais um obstáculo nessa luta, relativo ao preconceito, à resistência ao que é novo, ao que é diferente, ao que causa incômodo e estranheza. Apegando-se às concepções antigas de família, não conseguem se atualizar. Para dominar o mal-estar, procurando tornar o não familiar, familiar algumas famílias têm ainda esse desafio pela frente, na busca de firmar-se através de um novo paradigma, construindo uma nova identidade. Alocadas ou alocando-se em uma categoria do que não é recomendável nem adequado em termos de constituição familiar, essas famílias terão tais resistências a enfrentar, talvez até resistências internalizadas por si mesmas, mas que podem ser resgatadas de modo a serem aceitas e assimiladas. Isso será

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

possível quando, ao objetivar os valores associados à sua condição, busque-se imagens e significados os mais satisfatórios possíveis. Nesse ponto, os profissionais de saúde têm um papel a cumprir, como será visto adiante.

Apesar das idealizações ainda presentes, o modelo da família nuclear está de tal forma abalado que são muitas as discussões em torno do que é ou não é adequado relativamente à família (Sarti, 2003) – a família contemporânea tem-se mostrado bastante elástica. Essas observações são muito positivas, desde que, relativizadas, permitam um novo olhar sobre o tema.

A família, segundo Losacco (2003), em suas múltiplas configurações, tem sua estrutura demarcada em função das dinâmicas sócio-históricas que a perpassam, e que, em especial, em tudo o que se refere ao mundo do trabalho, as conseqüências são sentidas rapidamente.

Assim, não só é possível como desejável utilizar seus aspectos emancipadores no atual momento histórico. É preciso assumir o fato de que, ao se falar em 'família', se está falando em 'famílias', ainda que haja dificuldades em relativizar pontos de vista a respeito de suas concepções – pois qual seria a concepção de família mais adequada à atualidade? Quais seriam os laços familiares mais significativos? Sawaia (2003) demarca que, se a instituição família tem sido eleita por sua dimensão afetiva, é coerente que sua eficiência esteja em relação direta à sensibilidade que a perpassa e à qualidade dos vínculos afetivos. Mais do que se prender às influências das diferentes estruturas familiares, é preciso concentrar-se na afetividade que une seus membros. Para ele, o desafio é a possibilidade de que as famílias se fundem com base em identidades múltiplas e inacabadas, já que estando sempre sujeitas a transformações possam articular a qualquer tempo o que for necessário, de modo a dar conta das necessidades humanas e da dimensão afetiva.

Ariès (1981) pretendeu concluir que o sentimento de família e a sociabilidade provavelmente eram incompatíveis no contexto histórico aos quais pertenciam, e por isso só poderiam se desenvolver dissociadamente – mas poderíamos indagar se seria possível pensar tal situação de outra forma: que, com base em uma reorganização dos valores e das práticas que envolvem a sociedade e os modos de produção, quem sabe a família e a sociedade conseguissem, finalmente, complementar-se.

Carvalho (2003) faz uma reflexão a respeito das dimensões existentes entre a família e as políticas públicas, ambas com funções similares e funda-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

mentais em relação ao desenvolvimento e à proteção social dos indivíduos, e alerta que, em razão das grandes e constantes transformações pelas quais a sociedade como um todo vem passando, é imprescindível que as duas instâncias possam partilhar as responsabilidades na garantia desses direitos. Dowbor (2003) afirma que, como a transformação da família está vinculada a um conjunto de mudanças mais amplas, qualquer modificação que nela se pretenda está submetida a um processo de rearticulação do tecido social.

Provavelmente, as instituições sociais estão vivenciando um sentimento de perda em relação ao modo como se costumava categorizar a família, e seus diversos representantes lançam-se a debates e questionamentos que estão longe de terminar. Nem o Estado, nem as políticas públicas, nem a escola, nem as disciplinas que as estudam estão preparados para essa nova família. E qual é a nova família? É essa família em constantes transformações que é curioso que tenha sido – e ainda seja – pensada eterna, imutável, inabalável.

A Família como Dispositivo de Governamentalidade

O discurso científico que permeia nossa cultura ocidental tende a desconsiderar os aspectos subjetivos de seus objetos de estudo, privilegiando a metodologia quantitativa como estratégia fundamental de produção de verdades. O Estado, apropriando-se dessas práticas e saberes, deu origem aos diversos métodos de informação populacional para assim construir estratégias de governamentalidade e exercer o seu poder. Esses métodos de informação populacional constituem-se em uma estratégia de governo, pois, ao sistematizar tais informações, é possível estabelecer categorias classificatórias, relações comparativas e a formulação de normas. Para tanto, é fundamental que se compreendam as estratégias relacionadas às múltiplas formas de poder, nem sempre claramente perceptíveis – entendendo que, nesse sentido, o poder se constrói através das diversas relações que permeiam uma sociedade.

Também é imprescindível ter em mente as relações de poder existentes entre a medicina – desde sua origem enquanto pautada por critérios

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

científicos – e o Estado, permitindo estratégias disciplinares de governo dos corpos e da subjetividade, assim como a possibilidade de desconstrução desse discurso como produção de verdades que acabam por determinar processos de governamentalidade.

Foucault faz referência à existência de basicamente três tipos de governo: a moral, que é o governo de si mesmo; a economia, que trata do governo de uma família; e a política, que é o governo de um Estado; todos os três apresentando uma continuidade essencial em relação uns aos outros. Nessa continuidade, tanto em sua linha ascendente – em que a base do governo está no governo de si próprio – quanto na descendente – cuja base é o governo do Estado – o elemento que ocupa a posição central é o governo da família, a economia, que é considerada “a maneira de gerir corretamente os indivíduos, os bens, as riquezas no interior da família” (1979b: 281). Então, a questão seria a de transpor a economia ao nível mais complexo da gestão de um Estado:

A introdução da economia no exercício político será o papel essencial do governo. E se foi assim no século XVI, também o será no século XVIII, como atesta o artigo *Economia Política*, de Rousseau, que diz basicamente: a palavra economia designa originariamente o sábio governo da casa para o bem da família. O problema, diz Rousseau, é como ele poderá ser introduzido, *mutatis mutandis*, na gestão geral do Estado. Governar um Estado significará, portanto, estabelecer a economia ao nível geral do Estado, isto é, ter em relação aos habitantes, às riquezas, aos comportamentos individuais e coletivos, uma forma de vigilância, de controle tão atenta quanto a do pai de família. (Foucault, 1979b: 281)

Assim, governar é exercer o poder com base no modelo da economia, que, para atingir suas finalidades, deve dispor das coisas que governa – entendendo ‘coisas’ como os homens e todo e qualquer tipo de relações em que estejam envolvidos – não através de leis impostas, mas preferencialmente utilizando táticas ou fazendo uso das leis como táticas.

Possuindo uma dimensão de governo mais complexa e mais ampla, é necessário que o Estado ocupe-se da população como um todo, e aí a família torna-se um elemento fundamental para que se possa atingir esse fim:

Em outras palavras, até o advento da problemática da população, a arte de governar só podia ser pensada a partir do modelo da família, a partir da economia entendida como gestão da família. A partir do momento em que, ao contrário, a população aparece como absolutamente irreduzível à família, esta passa para um plano secundário em relação à população, aparece como elemento interno à população, e, portanto não mais como

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

modelo, mas como segmento. E segmento privilegiado, na medida em que, quando se quiser obter alguma coisa da população “quanto aos comportamentos sexuais, à demografia, ao consumo, etc.” é pela família que se deverá passar. De modelo, a família vai tornar-se instrumento, e instrumento privilegiado, para o governo da população e não modelo quimérico para o bom governo. (Foucault, 1979b: 288-289)

Nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF) pode tornar-se uma instituição de poder por meio dos aparelhos do Estado, que institui, através das relações entre saberes e práticas, normas a serem internalizadas tanto pelos profissionais quanto pelas comunidades ligadas ao PSF. Com base nessa discussão a respeito do uso disciplinar dos instrumentos do Estado proposta por Foucault é interessante pensar qual a possibilidade de o programa ser uma estratégia de cuidado ao mesmo tempo que permite ao Estado exercer um controle sobre a população através do foco família, pois, ao trazer a assistência à saúde para mais próximo da população, traz também mais amplas oportunidades de um exercício de medicalização e vigilância sobre ela, constituindo-se assim em um dispositivo disciplinar de controle que atinge a população como um todo, ditando comportamentos e regras.

Bauman (1999) mostra que a globalização possui dois aspectos distintos e contraditórios, mas paralelos, o hegemônico e o contra-hegemônico. O primeiro fala do atravessamento de poderes produzindo normas de comportamento, possibilitando o controle de corpos e mentes. Já o segundo leva, tendo em vista a constatação da hegemonia, à transversalização, pois, através de relações de movimentos institucionais distintos, pretende proporcionar condições para a emancipação dos sujeitos de modo a potencializar uma conscientização que produza um aumento de participação social, uma postura de cidadania, uma ampliação da gestão de ações sociais pela comunidade, a redução do discurso do senso comum pela população à medida que haja um aumento do discurso científico, entre outros fatores. O conjunto dos dois aspectos constitui-se em um dispositivo cada vez mais sofisticado de controle das mentes e dos corpos sociais. O PSF parece ser capaz de apresentar esses mesmos aspectos. Por um lado, impõem-se através de discursos e práticas que levam seus profissionais a posturas ora impositivas, ora paternalistas, conduzindo assim a população de modo relativamente dócil. Por outro lado, através dos mesmos dispositivos, pode levá-la a uma maior conscientização de seu papel na sociedade, conduzindo-a a uma postura mais participativa.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

Família e o Processo de Trabalho na Saúde da Família

Para falarmos do processo de trabalho na saúde da família, depois de questionar se o valor atribuído à afetividade seria o suficiente para ser utilizado como apelo pelas políticas públicas de saúde, serão apresentados alguns questionamentos a respeito dos desafios e contradições que assumir a família como o foco da atenção básica em saúde provoca – sendo um deles a relação família, território e adscrição. Também será feita uma reflexão sobre a produção de sentidos que ocorre nos diferentes grupos sociais a respeito da família, no modo como isso pode afetar a relação entre as famílias e os profissionais de saúde, e, por fim, como pode ser pensada a ética no trabalho do ACS em relação às famílias e à comunidade.

Sennett (2004), como já foi dito anteriormente, demonstra como a família reproduz, no interior da célula familiar das diversas camadas da sociedade, as mesmas relações existentes no mundo do trabalho em função dos conflitos que o sistema capitalista vem impondo à população. Mizhari (2004) expõe como, a despeito do progresso e da riqueza alcançados com a dinâmica capitalista industrial, é evidente a vulnerabilidade não só das massas, mas também de camadas mais favorecidas, gerando o empobrecimento e o isolamento característicos do século XX. Grandes mudanças têm contribuído para a reconfiguração da família, decorrentes dos processos de transformação demográfica e socioeconômica, aumentando a pressão sobre elas, que são afetadas por uma série de problemáticas, como empobrecimento, desemprego crônico, violência doméstica e urbana, dificuldades na assistência às crianças, aos idosos e aos doentes, assim como aos sujeitos incapazes de vender sua força de trabalho. Atualmente, como informam Sarti (2003) e Losacco (2003), evidencia-se na família, de um modo geral, configurações muito elásticas e, principalmente, nas chamadas classes populares, sua reorganização na forma de rede social através da redistribuição de papéis e da agregação de membros originalmente não pertencentes a ela. Essas mudanças ilustram o quanto a família busca soluções para se manter, adaptando sua estrutura ao seu contexto sócio-histórico e, segundo Dowbor, ao discutir o quanto as dinâmicas econômicas são impactantes sobre a vida pessoal, a constatação de que “não é a família que está doente: é o processo de reprodução social e econômico que se tornou absurdo, levando-a de roldão” (2003: 313).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Ariès (1981) questiona se nossa sociedade ocidental não teria, sem perceber, se deixado impressionar pela função historicamente desempenhada pela família a tal ponto de ser tentada a naturalizá-la de modo quase absoluto. Pelo que foi visto até aqui, se isso se deu, foi em razão da universalidade que também foi conferida a inúmeros outros fatores, talvez tão ou mais importantes no modo como nossa sociedade tem-se constituído. Mas o próprio autor, referindo-se a como, pelo menos de modo idealizado, o lugar de intimidade oferecido pela família sobreviveu, indaga como será no futuro, já que a tecnologia atual permite, inclusive, estender as atividades profissionais para o interior das residências, mas não como no passado, e sim nos moldes impostos pelo capitalismo.

A esse respeito, é possível trazer uma reflexão que foi dada anteriormente a outra indagação de Ariès: de que, tendo em vista uma reorganização dos valores e práticas com que os meios de produção determinam a sociedade, tanto a família como a sociedade poderiam estar funcionando de modo complementar e não de modo dissociado, ou mesmo em oposição. Parece que, de uma maneira mais consciente, pelo menos parte da sociedade percebeu algo a respeito. Políticas públicas têm sido pensadas tendo como foco de atuação a família. Em relação a políticas públicas de saúde isso tem sido bem visível: o PSF tem como base estratégica a atuação junto à família, em vez de ao indivíduo. Na introdução do artigo “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, de 1997, o Ministério da Saúde informa que:

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse *espaço* que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (Brasil, 1997a: 8 – gripas do original)

Hofmeister (2003) chama atenção para o modo como a carência da sociedade brasileira não disponibiliza, na atualidade, recursos para a realização humana e como isso se reflete na precariedade, no despreparo e na ausência de projetos positivos dessas famílias. Para ele, é imprescindível investimentos em pesquisas, reflexões e ações que permitam que elas reconstruam-se como núcleos seguros, em que cidadãos possam ser gerados. Já foi citada a importância que Carvalho (2003) atribui à reflexão sobre a relação da família com as políti-

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

cas públicas no desenvolvimento e na proteção social dos indivíduos. O autor faz uma análise dessa relação sob uma ótica em que percebe possibilidades de relações mais horizontais, ou seja, pautadas por valores democráticos.

Nesse sentido, Sawaia (2003) lança o questionamento sobre se, face à profunda desigualdade social produzida pelo neoliberalismo e à cultura do individualismo, a família e sua afetividade seriam suficientes para fundamentar estratégias de enfrentamento e resistência. Em relação a essa questão, como aponta Mizrahi (2004), as famílias reproduzem em suas estruturas as dinâmicas sócio-históricas em que se encontram, em que a importância do papel exercido pelas relações de trabalho é determinante na direção em que a família é compelida, portanto, nas possibilidades de sua preservação. Parece então que à afetividade, embora elemento constitutivo e, por isso fundamental, não poderá ser atribuído o papel de ser o principal fator a ser trabalhado no resgate social da família, embora, em medidas emergenciais, pareça talvez o único meio possível a ser utilizado para minimizar a tamanha vulnerabilidade em que se encontra.

Desafios e Contradições da Família como Foco da Atenção na Saúde da Família

Em vista do fato de que a família tem sido pensada como base para condução de políticas públicas, para Acosta e Vitale (2003) é fundamental que a família seja repensada constantemente. Mas, devido à família ser muito mais do que foco dessas políticas, elas dizem que muito se tem questionado sobre a eficiência e a eficácia dessas iniciativas em face do fortalecimento das competências familiares, se de fato contribuem no atendimento do que elas entendem como prioridade e em que medida respondem às suas necessidades de inclusão e proteção social. E, quanto a isso, as autoras entendem que as redes de sociabilidade são centrais em se tratando de políticas sociais.

Para Trad e Bastos (1998), sendo a família concebida como um sistema de interação interdependente, como um sujeito capaz de apresentar comportamentos estratégicos através da implicação de seus membros, é fundamental ter em mente suas especificidades, diversidade, historicidade e seu caráter não universal, pois a visão que se tem de família traz repercussões nas políticas públicas. Tais repercussões podem implicar que alguns indivíduos sejam privile-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

giados ao passo que outros são excluídos, ao mesmo tempo em que características culturais sejam ignoradas, e assim instaura-se um processo ideologizador “que de maneira alienada produz normas, regulamentos e leis que regem a conduta dos indivíduos na família” (Montero apud Trad e Bastos, 1998). Aqui há uma semelhança ao pensamento de Foucault (1979a) a respeito de como os discursos científicos que pautam as ações do Estado podem funcionar como dispositivos reguladores e disciplinares, já que essas ações repercutem no contexto cotidiano, no pensar e no agir dos sujeitos a quem essas intervenções são destinadas. Nesse sentido, as mudanças no plano subjetivo são responsáveis pela melhoria dos padrões de saúde e, a longo prazo, representam o impacto mais efetivo dos programas no processo saúde-doença, e esse talvez seja o ponto principal em torno do qual a avaliação do impacto do PSF tem-se estruturado.

Além disso, é muito questionável a possibilidade de falar da intencionalidade e das necessidades da família apartada da intencionalidade e das necessidades de seus membros. Efetivamente, segundo Trad e Bastos (1998), os programas que envolvem a família são direcionados para seus componentes individuais. Guimarães e Almeida, discorrendo sobre o trabalho social com famílias, ao defender a idéia de trabalhar com famílias e grupos de famílias, relatam que é fundamental compreender que “o fato de as pessoas ou famílias estarem juntas não concretiza, *per se*, um procedimento grupal que possa conduzir seus membros a processos de autonomização e mudanças da realidade familiar e social” (2003: 131).

Ribeiro (2004) traz uma linha de pensamento um pouco diferente. Para ela, a família tem sido uma instituição social permanente devido à sua capacidade de adaptação e por ser valorizada pela sociedade e pelos membros que a compõem. Após discorrer sobre como o conceito de desenvolvimento social se esvaiu dando lugar ao de compensação social, mencionando o papel das políticas sociais nesse contexto, relata que – e aí é que ela se diferencia dos discursos vigentes de um modo geral – diante de tamanhas crises tornou-se imprescindível que a autonomia pessoal e familiar fosse estimulada de modo a diminuir sua dependência dos serviços coletivos.

O contexto de desagregação do tecido social, a crescente violência e o empobrecimento provocaram a pressão de organizações internacionais sobre os Estados de modo a enfatizar a necessidade de resgatar a família como lugar

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

privilegiado de busca de condições materiais de vida, de pertencimento na sociedade e da construção da identidade, já que é considerada como unidade básica da sociedade, reconhecendo-se aí as diversas formas de família, que devem ser apoiadas e protegidas. Isso poderia ser entendido como um modo de tornar a família valorizada, apoiada e protegida para que pudesse arcar com maiores responsabilidades sobre si mesma e seus membros, apesar das inúmeras pressões a que está submetida e que já foram discutidas nesse estudo.

Assim, para Ribeiro, o PSF também poderia “ser justificado em função das mudanças sociopolíticas operadas no país, dada a consolidação crescente da proposta neoliberal, que determina desinvestimento em saúde, em especial no âmbito hospitalar/curativo” (Vasconcelos apud Ribeiro, 2004), já que pretende exercer um tal controle que produza na população uma responsabilização por sua própria saúde, muitas vezes através de discursos e práticas aos quais ela não tem condições de corresponder, ainda que, por outro lado, seja uma estratégia custosa para o Estado, representando muitos investimentos em função de fazer prevenção e promoção da saúde da população. Aqui se trata de investir mais na prevenção e promoção de saúde, para diminuir custos maiores com serviços de recuperação da saúde, mas a questão é se a família tem condições para isso no contexto atual, e também sob quais condições de vigilância ela estaria sendo submetida para tanto. Portanto, poderia ser considerado que as exigências decorrentes da globalização, como a minimização dos custos dos serviços sociais e de saúde e a maximização dos lucros, ao mesmo tempo, paradoxalmente, buscando a redução dos conflitos sociais, levaram o Estado a formular políticas públicas relativas à família, sendo um deles o PSF.

Nesse contexto, a autora analisa o setor oficial, o setor acadêmico e os campos de práticas envolvidos com o PSF, identificando contradições e inadequações na forma de abordar a família: “Na maioria das vezes, a família é abordada de forma parcelizada ou identificada através de representantes e substitutivos, ou ainda, como referência genérica no âmbito das políticas sociais e/ou é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico” (Ribeiro, 2004).

Sua experiência no trabalho com famílias, assim como seus estudos a respeito levaram-na a construir uma categorização/abstração sobre o modo como a abordagem da família está se dando no PSF, propondo as seguintes

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

abordagens: 'família/indivíduo' (o foco da atenção é o indivíduo, cabendo à família o papel de ser a responsável pelas condições boas ou más da saúde do indivíduo em questão, estando sujeita aos juízos de valor dos profissionais de saúde); 'família/domicílio' (a família é vista através do espaço físico em que habita e o foco é o risco sócio-ambiental); 'família/indivíduo/domicílio' (une os dois anteriores e a educação em saúde a respeito do ambiente físico e de indivíduos sob circunstâncias específicas – como doentes, recém-nascidos, idosos, entre outros –, sendo utilizada como um modo de não sobrecarregar o sistema de saúde restrito pelas condições do modelo neoliberal); 'família/comunidade' (a família é vista não em suas especificidades, mas em função do contexto da comunidade a qual pertence, e as ações, cujo foco é a comunidade, são generalizadas de modo igual para todas as famílias, as quais é imputada a responsabilidade com os problemas locais); 'família/risco social' (o foco são as famílias em exclusão social e, assim, sua estrutura e contexto são permanentemente problematizados tendo em vista os ideais ideológicos, levando-as a serem vistas como não funcionais); 'família/família' (a família é de fato o foco da atenção, considerada em suas especificidades e contexto, e é sob esse enfoque que as ações são construídas).

Ribeiro (2004) conclui que esses avanços, que trazem mudanças no modelo de cuidado em saúde, decorreram de motivações e representações conflitantes, o que leva facilmente à produção de contradições. O fato de a família ser eleita como foco não quer dizer que isso de fato ocorra, em face aos diversos entendimentos em relação a um mesmo objeto. Também é ressaltado o fato de não serem encontradas nos documentos oficiais orientações de como conduzir a ação profissional em relação à dinâmica familiar, nem de como utiliza a Teoria de Sistemas, adotada pelo PSF, o que leva a crer que o papel da família na atenção básica em saúde é de constituir-se em uma referência.

Apesar de o PSF ser um programa público, cujas diretrizes estão direcionadas para a promoção da saúde, na prática a materialização de suas ações converge para a divisão de tais responsabilidades de assistência com a própria família, já tão sobrecarregada pelas diversas adaptações impostas pelo impacto social da globalização, responsabilizando-a pelo autocontrole e pelo autocuidado. Isso ocorre devido ao fato de que a família acaba por internalizar os valores ideológicos do sistema que o programa possa vir a trazer em sua prática e nos discursos dos profissionais de saúde que têm contato direto com a

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

população. O estímulo de vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais da unidade de saúde e as famílias assistidas, convocando-as à condição de parceria no cuidado à saúde, deve ser visto e trabalhado com especial atenção, de modo a aproveitar suas potencialidades sem jogar sobre elas o fardo da culpa por exigências acima dos limites que suas condições permitam.

Outro fator a ser considerado é que, ainda que o PSF não tenha sido pensado como um programa para pobres, na prática, devido a todos os fatores apresentados em torno da presente discussão, seu foco de atendimento acaba se concretizando no atendimento à população socialmente carente. Isso, inclusive, faz parte do imaginário social: em muitas áreas urbanas, as famílias que têm planos de saúde da rede particular nunca aparecem na unidade de saúde ou nem mesmo se cadastram, por considerarem que “isso é para quem precisa”. Esse modo de pensar e agir parece indicar uma outra idéia que faz parte do imaginário social: a de que os serviços públicos não têm qualidade. É por isso que, no geral, são desvalorizados pela população (DaMatta apud Mizrahi, 2004), pois, muitas vezes, devido a inúmeros fatores, essa falta de qualidade é evidente.

Um ponto que vale a pena ser pensado a esse respeito é a orientação feita aos ACS de que um dos critérios fundamentais na escolha de áreas a serem consideradas prioritárias são os fatores de risco social, como concentração de pobreza e exclusão social. E aqui entra um ponto a se destacar que se soma a toda essa discussão sobre os conceitos de família: é a relação família e território adscrito. Faz parte do processo de trabalho do PSF cadastrar as famílias, os indivíduos, e realizar uma definição precisa do território de atuação, fazendo o mapeamento e o reconhecimento da área adscrita, que compreende o segmento populacional determinado. Diante disso, seria possível questionar se o foco é a família ou a territorialidade.

A prática profissional trará inclusive questões a serem pensadas, como no caso em que membros de uma mesma família que residem em diferentes domicílios (e note que aqui está se falando não da família nuclear que, de um modo geral, espera-se que viva no mesmo domicílio, mas da família em seu aspecto de rede) pertençam a diferentes áreas de adscrição, como por vezes ocorre em grandes centros urbanos como a cidade do Rio de Janeiro, ou ainda, como alerta Marsiglia (2003), estar atento se a unidade de trabalho é de fato uma família ou se, cadastrando pessoas que moram no mesmo domicílio, não se

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

estaria trabalhando com unidades residenciais ou arranjos domiciliares. Muito ainda pode ser pensado ao se deparar com mais essa variável a interferir no modo como a família é entendida pelas políticas públicas, em especial o PSF.

Família e Produção de Sentidos no Cotidiano dos Grupos Sociais

Se o foco da formulação de políticas sociais está, ao menos na atualidade, na família, e se, na prática, sua atuação incide principalmente sobre as famílias pobres, é preciso entender a importância que ela tem para essa camada da população e qual seu entendimento a respeito de família – pois na medida em que falamos de ‘famílias’, e não de família, as políticas públicas devem apresentar-se tão elásticas quanto tem-se apresentado a concepção de família para a qual tais políticas têm sido concebidas. E já que são essas famílias carentes que, preferencialmente, têm-se beneficiado de tais políticas, é imprescindível escutar seu discurso acerca de si mesmas e de situá-lo no contexto que lhe dá significado, ‘e não no contexto de quem o analisa’ (Sarti, 2003).

Embora pareça óbvia a importância de perguntar à família como ela se define e a seus problemas, necessidades, anseios e recursos, não é tão óbvio pensar no modo como muitos dos diversos profissionais envolvidos nessas questões os ouvem, e ao valor que lhes é atribuído por eles. A partir de sua formação técnica e do quanto sua concepção de família está atrelada a idealizações, ambas conferindo um estatuto de verdade ao saber desses profissionais, eles tendem a desvalorizar e, conseqüentemente, desconsiderar o saber que as próprias famílias têm de si mesmas (Sarti, 2003). Isso pode levar ao não-aproveitamento desse saber na elaboração de intervenções mais adequadas e, pior, levar a que sejam elaboradas intervenções inócuas – pela impossibilidade de produzir efeitos práticos – ou até mesmo nocivas – por, acentuando a distância entre ‘seus’ objetivos e suas realidades, provocar nessas famílias sentimentos de frustração e fracasso. Nesse caso, tais intervenções funcionariam a serviço de reproduzir os mecanismos que instituem a desigualdade social, em vez de acionar a capacidade que essas famílias dispõem de reagir diante das inúmeras dificuldades enfrentadas.

Se, por seu alto valor afetivo, ainda que idealizado, a sociedade brasileira tenha na família uma instituição de peso considerável, entre as camadas mais carentes da população, esse valor é ainda maior diante de suas vivências

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

de desamparo social e de como tem de forma ampliada sua função de rede de apoio e ajuda mútua. Por isso, na elaboração de políticas públicas focadas na família, é muito importante 'entendê-la em sua dimensão de rede'. Para Sarti, "no mundo simbólico dos pobres, a família tem precedência sobre os indivíduos, e a vulnerabilidade de um de seus membros implica enfraquecer o grupo como um todo" (2003: p.34). Por isso, para eles, é a rede de obrigações que corresponde à família, considerando como 'da família' aqueles a quem é possível recorrer quando necessário. Isso implica que essa rede de obrigações não se reduz àqueles com quem se tem algum grau de parentesco, mas estende-se a todos os quais constantemente 'se pode contar', ou seja, a noção de família para os pobres é fundamentada também a partir de um eixo moral, segundo os princípios de obrigação que estruturam as relações (Sarti, 2003). Pode-se lançar aqui uma questão a respeito do impacto que os discursos sobre valores e práticas individualistas alcançam na produção de subjetividade dessa população, e de que modo são objetivados.

Assim, trata-se de saber qual a concepção de família mais adequada e mais coerente não só à atualidade, mas aos contextos específicos que ela engloba, os quais, em um país de amplas dimensões territoriais como o Brasil, estão pautados em uma diversidade que não deve ser desconsiderada.

É preciso estar atento em relação à dificuldade em relativizar essas questões para que o saber do profissional que lida com a família, assim como suas concepções pessoais, não comprometa a elaboração e a implantação de políticas sociais, assim como os discursos e práticas cotidianas.

Se ultimamente a tecnologia tem um papel de destaque na mediação das relações sociais, cabe aos profissionais utilizá-la em sua perspectiva ética – e é importante ressaltar que nem sempre tem sido assim. De modo consciente ou não, profissionais das mais diversas áreas têm pautado seus discursos e práticas com base na hegemonia do sistema capitalista, pretendendo isentar-se das conseqüências que comprometem a promoção da qualidade das relações e da vida humana.

Um dos papéis do profissional de saúde, ao desenvolver um trabalho que, de algum modo, envolva esse tipo de dinâmica familiar, seria o de manter-se atento à presença dos valores associados às concepções de família e ao que tais valores envolvem, pois o discurso de todos e de qualquer um revela nas práticas do dia-a-dia as dimensões cognitivas, afetivas e sociais que possam estar envol-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

vidas nos conceitos sociais relativos aos seus grupos ou à sociedade como um todo. Diante disso, esse profissional tem a possibilidade de, estimulando a reflexão, levar a que se questione tais concepções enrijecidas e idealizadas de família, relativizando-as, destituindo-as do caráter universal e natural que receberam, estimulando construções, desconstruções e reconstruções, propiciando a que os grupamentos familiares se redescubram, podendo firmar suas identidades, resgatar e fortalecer seus potenciais, reconhecendo suas possibilidades e impossibilidades de modo autêntico e ativo na busca do que lhes parece mais adequado e coerente às suas condições de vida.

Não é uma tarefa fácil, pois, quanto mais enraizado estiverem alguns valores nos indivíduos, mais difícil transformá-los – em relação à população atendida e aos próprios profissionais que as atendem. Pois, do mesmo modo que para alguns profissionais de saúde esse novo paradigma de família será absorvido ‘a duras penas’, em relação a algumas famílias, tal investimento também deverá ser grande, pois demandam um processo mais profundo de desconstrução e relativização de suas crenças e valores. No entanto, a partir de suas práticas profissionais e desde que tenha um posicionamento crítico-reflexivo, todo e qualquer profissional de saúde que lide com a família pode promover tais condições.

Ética, Família e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Pertencentes à comunidade onde atuam, portanto totalmente identificados com a comunidade, os ACS, através de sua capacidade de liderança, são capacitados para colaborar com a melhoria das condições de vida e de saúde de seus vizinhos. Por pertencer à comunidade, os agentes são o principal elo entre a população adscrita e a equipe interdisciplinar de saúde, constituindo-se assim em elementos essenciais nesse sistema de integração. Desse modo, eles trazem para a Equipe Saúde da Família a dinâmica social da comunidade, assim como suas necessidades, potencialidades e limites. Conhecendo a estrutura e a funcionalidade das famílias de sua microárea, visam propor intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. Assim, os ACS são facilitadores para o fortalecimento dos vínculos entre a comunidade e a equipe de saúde. É uma posição delicada e desafiadora, por trazer paradoxos por vezes de difícil solução.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

A função do ACS, como articulador entre a comunidade e a unidade básica de saúde, requer um conhecimento cotidiano na busca de valorizar, incorporar e respeitar saberes e culturas populares locais, interagindo com a comunidade de forma solidária, evocando aspectos da interação social, das relações humanas, estimulando a participação social e a cidadania, ao mesmo tempo em que assume o compromisso de buscar integrar os conhecimentos técnicos oriundos do saber científico. Cabe aqui um exemplo para ilustrar as distâncias que podem haver entre os saberes dos profissionais de saúde e os dos membros da comunidade. Em 2004, em um PSF, na cidade do Rio de Janeiro, ao iniciar uma apresentação sobre Planejamento Familiar, duas das cinco mulheres pertencentes à comunidade (e aqui ressalta-se o fato de que, não só nessa, mas em outras reuniões para esse fim, não houve o comparecimento dos homens) disseram pensar que a reunião seria para orientá-las como se deveria proceder para organizar a rotina diária da vida doméstica. Era isso o que elas achavam ser Planejamento Familiar!

O ACS tem que se fazer ouvir tanto pela comunidade como pelos outros profissionais de saúde, estimulando trocas de saberes, o que nem sempre ocorre e, uma vez ocorrendo, nem sempre produz resultados, e o efeito disso pode ser uma sensação de impotência por não estar conseguindo cumprir seu papel como agente de mudanças. Os profissionais com formação superior, por vezes, rejeitam saberes populares desconsiderando-os a despeito do efeito simbólico que carregam. Em contrapartida, a população está acomodada a certos hábitos e é um grande desafio despertar sua consciência na co-responsabilidade pelos cuidados de saúde como cidadão. Estão envolvidas aí questões de educação, de escolha e de vigilância, questões essas que se colocam de outra forma quando a clientela atingida não é social e economicamente carente.

Por ocupar o lugar de membro da comunidade devido a ela pertencer e, também, um lugar de saber como ACS, já que possui uma formação técnica – e, desse modo, passar a ter uma outra inserção na comunidade –, ele pode, a princípio, estar sujeito a apresentar posturas ambíguas, tanto em relação aos outros profissionais da equipe de saúde, ao sentir-se desvalorizado como profissional, quanto aos assistidos pelo PSF, levando-o em alguns momentos a assumir uma posição autoritária e invasiva dentro da comunidade.

Questões como essas apontam para a necessidade de refletir sobre a formação e o trabalho dos ACS, para que possam manter um posicionamento

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

crítico diante das implicações éticas e dos limites e potencialidades de sua prática profissional, de modo a melhor compreender sua função social.

São inúmeras as famílias brasileiras a abrirem não só as portas de seus domicílios, como também a desvelar a privacidade de suas relações, a intimidade de seus costumes e os cuidados de sua saúde ao ACS. É possível então perceber a importância que esse trabalhador representa para o país, e daí a responsabilidade de ambos, equipe de saúde e comunidade, diante das questões de saúde pública.

Considerações Finais

No Brasil, o PSF, de amplitude nacional, gerenciado pelo Estado através dos municípios, surge na contramão da globalização, que preconiza a privatização imposta pelos interesses econômicos, pois aumenta a responsabilização do Estado em relação à saúde da população, já que pretende oferecer gratuitamente a assistência à saúde. Porém, dita normas de comportamento a indivíduos, famílias e comunidade, imputando-lhes responsabilidades e controlando os hábitos e os comportamentos de cada um de seus membros, talvez sem questionar qual é para elas o ônus dessa exigência.

A contribuição do PSF como promotor da atenção básica está em se pretender conciliar a manutenção da saúde da população com a redução de custos em outros níveis de atenção. Uma das questões que a reflexão levantada se propõe discutir é se isso é possível no contexto atual sem que a população seja onerada ou sobrecarregada por mais isso. Caso contrário, ele poderá ser considerado como mais uma das traduções desses movimentos que levam a família a sustentar posições ambivalentes. Outra questão é se a crescente proximidade entre os usuários e os profissionais de saúde detentores de verdades produzidas pelo discurso científico resulta em estratégias disciplinadoras dos corpos e da subjetividade da população.

Desse modo, em relação aos dilemas da família atual, muito tem sido dito e muito pode ainda ser pensado. É fundamental que, para isso, a atenção esteja sempre voltada a que, no intuito de promover as condições de vida da família – tanto em se tratando de políticas públicas de abrangência nacional quanto de intervenções locais – mantenha-se viva a questão: será esse um modo de fortalecê-la, emancipá-la e resguardá-la nas funções que lhe são atribu-

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA

ídas ou, mais uma vez, vigiá-la, sobrecarregá-la e responsabilizá-la? Por sua maior proximidade à população assistida pelos programas públicos de saúde, é possível ao ACS perceber mais de perto essas questões.

Referências

- ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. Apresentação. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC-Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1981.
- BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAUMAN, Z. *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.
- BRASIL. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. v.1-2.
- CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- DOWBOR, L. A economia da família. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979a.
- FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979b.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- GUIMARÃES, R. F. & ALMEIDA, S. C. G. Reflexões sobre o trabalho social com as famílias. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- HOFMEISTER, W. Prefácio. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- LYRA, J. et al. Homens e cuidado: uma ou outra família? In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- LASCH, C. *Refúgio num Mundo sem Coração*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- LOSACCO, S. O jovem e o contexto familiar. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- MIZRAHI, B.G. A relação pais e filhos hoje – a parentalidade e as transformações no mundo do trabalho. Rio de Janeiro, São Paulo: Editora PUC-Rio, Loyola, 2004.
- RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(4), jul.-ago., 2004. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2007.
- SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- SAWAIA, B. B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- SENNETT, R. *A Corrosão do Caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- TRAD, L. A. B. & BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2): 429-435, abr.-jun., 1998.

A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio

*Ana Lúcia Abrahão
Valéria Lagrange*

Introdução

Entrar na casa das pessoas, observar seus hábitos, suas relações intrafamiliares, sua rotina cotidiana pode ser extremamente rico e importante para o planejamento e execução das ações sanitárias. Uma atividade complexa e adotada pelos principais modelos de atenção à saúde que, se não for efetuada, respeitando a individualidade da família e em acordo com objetivos estabelecidos pelo projeto terapêutico, com limites claros e bem definidos, pode se transformar em poderoso instrumento de controle e vigilância da população.

A assistência domiciliar é trazida mais uma vez para a arena das discussões sobre os modos de proporcionar atendimento para a população. Desta vez pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que concentra grande parte destas ações sobre o agente comunitário de saúde (ACS), profissional membro da Equipe de Saúde da Família (ESF). É a partir da visita deste ator no domicílio que é traçado o plano e as estratégias de ação a serem desenvolvidas pela equipe junto à família. Uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatorios de especialidades, com características desenhadas e voltadas para a prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Tem sido crescente nas últimas décadas do século XX a busca por estratégias que visem a reduzir os custos com ações sociais, reflexo da política neoliberal de redução dos gastos estatais que inclui as ações de saúde.

Os estudos que tomam os gastos públicos com saúde como objeto revelam que existe uma diferença entre os gastos com a alta complexidade, concentrada nos hospitais, a média complexidade e a atenção básica, em que o primeiro é sempre mais elevado que os demais. Dentre os gastos hospitalares, aqueles que possuem maior impacto econômico estão relacio-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

nados ao uso corrente de tecnologia vinculada ao uso de equipamentos, uma prática que se respalda na hegemonia do modelo hospitalocêntrico e possui baixo impacto nos indicadores de qualidade de vida das populações.

Segundo Mendes (1999: 151), “é necessário ir construindo, na prática social, os papéis do novo hospital, que tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica”. Neste contexto de busca por diferentes formas de prestação de serviços de saúde que amplie a qualidade de vida das populações, emergem processos de trabalho que figuram como modos novos e antigos de atenção fora do espaço hospitalar, na tentativa de mudança do modelo de atenção que incluem: internações domiciliares, hospital-dia, cuidados domiciliares e visita domiciliar (VD). Em contrapartida, a formulação de políticas e estratégias que visem à mudança dos espaços e do modelo de atenção à saúde deve tomar como princípio as necessidades de saúde da população.¹

O Programa de Saúde da Família, implementado em 1994, o Programa de Internação Domiciliar, criado pela portaria 10.424/2002 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002a), e espaços de cuidado paliativos em ambulatórios e no domicílio, instituídos para o cuidado de usuários com dores crônicas e em tratamento de câncer e patologias crônicas, podem ser considerados estratégias de reversão do atual modelo de atenção, ao mesmo tempo uma alternativa, a princípio, de redução dos custos hospitalares.

A prática de saúde no domicílio é tão antiga quanto a própria vida em sociedade e volta a ser vista como uma alternativa, mais humanizada e, ao mesmo tempo, com a possibilidade de um cuidado singular em um outro espaço que não seja o hospital. Neste novo contexto, o cuidado domiciliar, em suas diferentes modalidades, é também percebido com base em seu potencial renovador, uma estratégia de reorganização do modelo de atenção em saúde tendo em vista a atenção básica e reforçando os princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, no entanto, se faz necessário um olhar e um fazer crítico, que considerem em sua análise o potencial controlador desta prática, pois, no desenvolvimento de tal atividade, a função disciplinadora das práticas sanitárias se faz pre-

¹ Sobre necessidades em saúde, ver Silva, Batistella e Gomes, texto “Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

sente, principalmente naquelas voltadas às populações com baixo poder socioeconômico.

Para entender o papel das ações no espaço domiciliar, nas quais se incluem as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e as perspectivas dessa prática no interior do sistema de saúde, vamos situar historicamente este tipo de assistência, apresentar suas várias modalidades, focalizando na VD, além de discutir os principais desafios para que esta prática seja de fato inovadora e reestruturante da atenção prestada à população brasileira pelo SUS.

Pequena História da Atenção no Domicílio

Os principais e maiores problemas relacionados à manutenção da saúde que os homens enfrentaram e enfrentam ao longo do tempo apresentam uma estreita ligação com o modo como organizamos a vida em sociedade e o ambiente que nos cerca. O tratamento do doente no ambiente domiciliar é uma prática comum à vida humana. Na Grécia (443 a.C), identificamos relatos históricos de médicos que percorriam os vilarejos proporcionando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto à melhoria do ambiente em que viviam, os modos de prover água e a identificação de alimentos adequados ao consumo, bem como o auxílio à incapacidade física. Para os antigos gregos, a saúde estava relacionada a ter "pensamentos sadios",² que significa hábitos de vida saudáveis (Rosen, 1994: 31).

Em contrapartida, a mesma sociedade cultuava, entre os seus muitos deuses, o Deus Asclépio, responsável pela cura das doenças, cujo templo é considerado o primeiro hospital da história. No templo, os seguidores de Asclépio recebiam as orientações de como tratar a doença através do sonho, uma 'estratégia' usada pelo Deus para 'falar' com seus seguidores. Os templos de Asclépio podem ser considerados um grande espaço de sonoterapia, mas também um lugar sagrado, onde nascer e morrer não eram permitidos.

Assim, na antiga sociedade grega, o nascer, o morrer e as medidas de promoção da saúde, eram práticas restritas ao domicílio, sendo desenvolvidas por diferentes pessoas, desde médicos a escravos, já que estes últimos eram os responsáveis pelo cuidado do doente no domicílio.

² O termo pensamento sadio refere-se a uma expressão do autor que denota a preservação de hábitos saudáveis por parte da população.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Na Idade Média, a prática de cuidado do doente era realizada em casa, não incluída, como na Grécia antiga, medidas e incentivos a hábitos de vida saudáveis quer seja individual ou voltado para o coletivo.

Na verdade, é apenas a partir da última metade do século XVIII que podemos falar em uma medicina coletiva, social (Foucault, 1979) e de cunho educativo. Neste período, emerge nos países europeus um movimento de reorganização da economia e da sociedade que passa a incorporar a medicina como disciplina do Estado. O objetivo é disciplinar, ou seja, controlar os corpos individuais e da coletividade, fortalecendo com isso o próprio Estado nacional na sua disputa, política e econômica, com os demais Estados.

Foucault (1979) chama a atenção para o fato de que essa disciplina não era voltada, originalmente, para o trabalhador. Não tinha como objetivo, em um primeiro momento, produzir uma classe trabalhadora dócil que se submetesse ao modo de produção capitalista que começava a se organizar, e sim um modo de disciplinar o corpo social.

Inicialmente, a questão não era aumentar a produção, ou garantir a submissão do trabalhador aos padrões de produtividade da época, mas sim fortalecer a Nação, o Estado Nacional. Para isso, colocava-se a necessidade de uma população disciplinada para a constituição de um Estado forte.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (Foucault, 1979: 80)

A medicina social e coletiva nasce então como estratégia não apenas para a formação de trabalhadores aptos e saudáveis, mas principalmente para regular e controlar toda a sociedade. É a partir da Alemanha do final do século XVIII que se inicia a medicina como prática social e estatal, e esta passa a ser difundida por toda a Europa e incorpora, desde o seu início, a prática de ações no domicílio. Prática de base discursiva, com a proposta de controle sobre os hábitos e ações da população, como a quarentena.³

³O termo quarentena caracteriza uma técnica do século XVIII, empregada pela medicina de estado alemão, com o objetivo de controlar as epidemias freqüentes naquela época. Um artifício utilizado até hoje em alguns casos de algumas doenças transmissíveis. A técnica consiste em evitar que a pessoa infectada circule pelos espaços coletivos e transmita a doença para os demais. Dessa forma, o indivíduo doente restringe-se ao domicílio por um prazo de quarenta dias, mas este prazo pode ser reduzido ou elevado de acordo com o tempo de incubação e transmissão da doença.

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

Na Inglaterra, por exemplo, no início do século XIX, foi desenvolvido um plano para treinar mulheres de áreas pobres de Londres de maneira a capacitá-las a cuidar dos doentes na sua própria comunidade. “Sendo essa mulher da mesma classe social do usuário, ela seria, em tese, capaz de realizar um trabalho melhor” (Rosen, 1994: 288). Apesar desta iniciativa em particular não ter tido continuidade, outras propostas surgiram, sempre tendo como combinação o trabalho social, educativo e a assistência em saúde, realizados em visitas sanitárias voltadas para as populações menos favorecidas.

Como podemos perceber, essas práticas sanitárias constituídas, historicamente, estão voltadas preferencialmente para as comunidades periféricas, onde habita a população mais pobre. É desta época a figura da ‘polícia sanitária’ e a percepção de que as práticas individuais de higiene e saúde podem ser uma ameaça a toda coletividade. Daí a necessidade de repressão e controle do corpo individual e coletivo e a constituição da medicina social como “estratégia bio-política” apresentada por Foucault (1979).

Dá-se início a uma prática em que se torna “necessário difundir o conhecimento e estimular a ação, a fim de, em última análise, promover mudanças no comportamento de indivíduos e grupos” (Rosen, 1994: 272).

No Brasil,⁴ temos o começo dessas práticas sanitárias no início do século XX, trazidas da Europa por Oswaldo Cruz, Emilio Ribas, Carlos Chagas, entre outros. Ao assumir a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903, Oswaldo Cruz priorizou o combate à febre amarela, doença endêmica, à época, na cidade do Rio de Janeiro (Costa, 1986). Uma parte importante na estratégia de combate às doenças transmissíveis eram as visitas domiciliares realizadas por inspetores sanitários. A partir dessas visitas, as residências podiam ser até interditadas, se fosse verificado que estavam em más condições de higiene.

Nas casas visitadas o inspetor sanitário deixava um documento denominado Boletim de Visita Domiciliar, no qual indicava as condições higiênicas que foram encontradas e recomendações, por escrito, das medidas para melhoria sanitária. Essas visitas visavam principalmente às casas de cômodo e habitações coletivas ocupadas pelos pobres da cidade. (Costa, 1986: 57)

⁴ Sobre as práticas sanitárias no Brasil, ver Baptista, texto “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

A VD, que, em um primeiro momento, pode ser considerada ação de prevenção e de precaução, em um segundo momento pode ser caracterizada como de extremo controle e vigilância do comportamento e dos hábitos individuais. Um controle sutil sobre o corpo representado pelo discurso higiênico, que no Rio de Janeiro marca um fato histórico que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.⁵ Tal prática sanitária somada a outras de controle como revisão sistemática e rigorosa dos elementos considerados causadores de más condições sanitárias implicavam multas, expedições de intimidação da população, vistoria das casas, portos, navios etc.

Destaca-se que

As práticas desenvolvidas a partir de Oswaldo Cruz assinalaram, portanto, a criação de um padrão de serviço que ocupará um espaço próprio na estrutura estatal voltada para o problema da saúde. Através das ações de saúde pública, o Estado passou a viabilizar condições sanitárias adequadas às novas relações sociais e ao desenvolvimento da capacidade de produção do país. (Costa, 1986: 72)

Assim, um conjunto de medidas calcadas no discurso e na prática higienista passam a figurar no cenário das ações de Saúde Pública, com objetivos claros de possibilitar o desenvolvimento produtivo do país. Medidas estas que alcançaram êxito em sua contribuição para o fortalecimento do Estado brasileiro.

Na década de 1970, mantendo a orientação de garantir medidas de prevenção de doenças, é implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), e na década seguinte, em 1980, foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). Este último não implantado. Inicialmente, o Piass foi desenvolvido no Nordeste e, em um segundo momento, nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste. O seu objetivo era ampliar a cobertura da assistência em saúde atingindo as populações até então marginalizadas pelas políticas sanitárias. Uma das estratégias utilizadas era a mobilização de profissionais de nível elementar para atuarem nas atividades de cunho preventivo e educativo. Esses trabalhadores eram recrutados nas próprias comunidades e, entre outras atividades, realizavam as visitas domiciliares.

⁵ A Revolta da Vacina constituiu um movimento popular contra a vacina obrigatória da varíola, que teve início em 10 de novembro de 1904. Foi o resultado das medidas sanitárias implementadas por Oswaldo Cruz.

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

Neste mesmo contexto de ampliação da cobertura das ações de saúde, pode-se considerar, de certa forma, que essas políticas tiveram alguma continuidade em diversas iniciativas de âmbito regional ou local, e que se traduziram em programas, utilizando a mesma estratégia de recrutamento de trabalhadores residentes no próprio grupo social, como o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS),⁶ implementado em 1991 pelo Ministério da Saúde (Jatene et al., 2000).

É importante destacar que as diretrizes que o Ministério da Saúde apontava para o Pias se aproximam muito das propostas colocadas pelo PNACS e hoje pelo PSF, quais sejam: a ênfase nos serviços básicos de saúde, a participação da comunidade, a regionalização e a integralização de ações de saúde, além do desenvolvimento de recursos humanos e de tecnologia simplificada (Sartori, 2004).

Entretanto, a denominação 'tecnologia simplificada' pode ser considerada inadequada para traduzir as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), principalmente quando as ações implementadas é o resultado de uma complexa teia de relações tecnológicas⁷ empregada no ato do cuidado, pois o processo de trabalho em saúde requer a interação dos diferentes saberes presentes no setor saúde, além da intensa articulação com outros setores da sociedade.

No PSF a atenção no domicílio propiciada pela equipe de saúde insere o profissional no seio familiar; identificando demandas e potencialidades da família. Para isso, concorrem fatores no ato da atenção, como a humanização do cuidado, a ausência de risco iatrogênicos vinculados ao espaço hospitalar e o principal: o resgate das formas de cuidar alicerçada nas práticas tradicionalmente utilizadas pela população.

As Diferentes Modalidades de Atenção Domiciliar

Podemos definir as ações de saúde domiciliares como aquelas realizadas na residência do sujeito ou do grupo familiar, alvo do cuidado sanitário. No

⁶ Posteriormente, o PNACS passa a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

⁷ Por relações tecnológicas entendem-se os diversos saberes que são empregados durante o processo de trabalho em saúde, pelos diferentes profissionais da área.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

entanto, essas ações podem ser de várias naturezas. Por isso, encontramos diferentes denominações para as ações de cuidado no domicílio, como assistência domiciliar, cuidados domiciliares, internação domiciliar e VD.

Em janeiro de 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) editou uma Resolução n. 11/2006 para regulamentar o funcionamento dos serviços de atenção domiciliar, nas modalidades de assistência e internação domiciliar. Essa resolução dá parâmetros para o funcionamento de serviços de atenção domiciliar que são os responsáveis pelo gerenciamento e operacionalização da assistência e/ou internação domiciliar. Esses serviços podem ser públicos ou privados.

Nesta Resolução (Anvisa, 2006), a 'atenção domiciliar' é definida como o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, todas desenvolvidas em domicílio. Assistência domiciliar é definida como o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. E internação domiciliar é o conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao usuário com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

A resolução ainda define outros termos relativos à atenção domiciliar, como:

- **Assistência domiciliar:** conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- **Cuidador:** pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- **Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad):** profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.
- **Plano de Atenção Domiciliar (PAD):** documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta. Detalhado mais adiante no texto.
- **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):** instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

Oferecida por instituições públicas e privadas, a internação domiciliar diz respeito à reprodução, na casa do usuário, do ambiente hospitalar, com os respectivos equipamentos e profissionais necessários. É um conceito que emerge com muita força no início da década de 1980, influenciado pelo alto custo do tratamento de doenças que implicam uma longa permanência hospitalar.

Essa opção apresenta como aspecto positivo a possibilidade de o usuário manter-se em um ambiente familiar, participando, ainda que de forma limitada, da vida cotidiana da família. Em contrapartida, no entanto, pode trazer à família uma responsabilidade para a qual ela não está preparada e acabar sendo um fator de *stress* e desgaste das relações familiares.

Na assistência domiciliar, podemos identificar a VD inserida nesta modalidade de atenção no domicílio. Uma prática de saúde pública historicamente construída e que podemos definir como o conjunto de ações que abrange principalmente o aspecto educacional em saúde, priorizando as orientações para o autocuidado. Sendo a ação domiciliar que mais se destaca entre as estratégias de ação do PSF.

A VD diz respeito à manutenção ou monitoramento na residência de situações específicas, temporárias ou não, de saúde, bem como o acompanhamento das demais situações presentes no contexto familiar, buscando ações de promoção da saúde. Outras visitas também fazem parte do plano de atenção do ACS no domicílio, como: as gestantes, usuários convalescendo de cirurgias e crianças menores de um ano. Nos acompanhamentos, também é monitorado o consumo de medicamentos controlados ou de uso contínuo, como os utilizados pelos hipertensos, diabéticos e nos casos de transtornos mentais, e ainda fármacos que são empregados no controle das doenças transmissíveis, como a tuberculose.

Vale destacar que em relação ao custo de tais modalidades de atendimento no domicílio ainda não dispomos de estudos capazes de nos apontar de forma fiel os gastos reais com essas atividades, que incluam o emprego das diferentes tecnologias no cuidado ao usuário.

Assistência no Domicílio no Contexto da Saúde da Família: a visita domiciliar

O PSF, estratégia do Ministério da Saúde, implementada em 1994 como consolidação do SUS, propõe a organização das práticas de saúde voltadas

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

para a atenção à família, elegendo o espaço social ocupado pela mesma como foco das ações desenvolvidas pela equipe de saúde (Brasil, 1996). Desta forma, o domicílio é considerado o espaço privilegiado para as ações de promoção de saúde e prevenção das doenças, ao mesmo tempo em que constitui o cenário em que ocorrem as relações sociais geradoras de risco à saúde e de adoecimento dos indivíduos.

Apesar de o documento fundador do PSF (Brasil, 1996) identificar e incluir a internação domiciliar como ação a ser desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família no domicílio, o Ministério da Saúde (MS) editou o Programa de Internação Domiciliar (PID), portaria 10.424/2002, organizado no nível municipal com apoio do MS. Uma proposta que se articula na rede de serviços de saúde do município, com base em uma solicitação que pode emergir das unidades de atenção básica, unidades de urgência, ou pelas equipes de assistência hospitalar, sendo que a inclusão do usuário a ser acompanhado pelo PID cabe à equipe de internação domiciliar. Uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais que conta com uma equipe própria para acompanhamento dos casos de internação domiciliar (Mendonça & Santos, 2005). Assim, as equipes de Saúde da Família, nesta nova engrenagem, atuam como co-responsáveis desta modalidade assistencial, exercendo o papel de articulação entre a equipe do PID e a família, identificando casos de internação domiciliar e apoiando a família através da VD.

Desta forma, o papel das equipes de Saúde da Família fica delimitado às ações de assistência domiciliar, mais especificamente às VDs, em que a ida ao domicílio é papel desempenhado pelos profissionais pertencentes ao PSF, cujos objetivos e ações de cada profissional são distintos.

Ao enfermeiro cabe a ida ao domicílio com o objetivo educativo, centrado na prestação de cuidados mais direcionados, sejam educativos, preventivos de acordo com o levantamento epidemiológico da área de abrangência da unidade de saúde da família, ou assistencial/curativo.

Ao médico cabe, além das ações citadas anteriormente, o diagnóstico diferencial de alguma doença ou agravo.

Como principal instrumento de trabalho do ACS, cabe ao agente realizar no mínimo uma visita mensal a cada família residente na sua área de abrangência, porém este número pode variar de acordo com a necessidade da família. Durante a VD, é necessário identificar as necessidades de saúde do indivíduo, da

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

família e da comunidade, fazendo o direcionamento adequado para os programas verticais do MS e aos chamados grupos de risco – criança, gestante e aos portadores de doenças crônicas degenerativas, como diabetes e hipertensão.

A lei que cria a profissão, n. 10.507 de 2002, diz no seu artigo 2º que

a profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (Brasil, 2002b)

Entretanto, a situação ocupada pelo ACS no interior da equipe é singular, já que a função exige que o profissional resida obrigatoriamente na área de atuação da equipe. Situação que faz com ele compartilhe do mesmo cotidiano da população a qual presta cuidado, o que o diferencia dos demais membros da equipe, que estão mais afastados desse convívio diário com a comunidade. Ao exercer a função de elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde, cabe destacar que para este profissional se faz necessário um maior discernimento entre as informações que devam ser compartilhadas com o restante da equipe e que são relevantes na construção do projeto terapêutico, gerando benefícios para a comunidade, bem como na orientação do trabalho em equipe e aquelas informações que são de outra natureza e que não agregam elementos ao processo de trabalho em saúde.

Entretanto, o ACS "(...) ao operacionalizar o trabalho da equipe de saúde da família, cabe considerar a própria privacidade do agente, ou seja, como preservar sua privacidade enquanto morador de uma determinada comunidade" (Fortes & Martins, 2000). Um dilema que merece ser considerado durante o processo de trabalho em equipe, principalmente quando o espaço privilegiado desta prática é o privado. No entanto, todos os profissionais envolvidos na assistência à família e à comunidade também realizam ações domiciliares, estando vulneráveis aos mesmos aspectos da dinâmica de 'privacidade', logo, sendo responsáveis pelas ações de saúde e o desdobramento das mesmas.

Segundo Mattos, Kawamoto e Santos (1995), é a partir da VD que se pode avaliar as condições de habitação, de saneamento, aplicar medidas de controle das doenças transmissíveis e parasitárias, promover orientações para o autocuidado das doenças crônicas não-transmissíveis e desenvolver outras ações de educação em saúde.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Na VD, as relações equipe/família são otimizadas aumentando o vínculo e a responsabilidade com as ações de saúde. O objetivo é que tais ações gerem efeito positivo na qualidade de vida do grupo familiar, mas também podemos perceber que estas ações podem se transformar em um instrumento de controle sobre as atividades familiares. Um risco que devemos evitar, já que o profissional leva *in loco* os conhecimentos e o saber que caracterizam um poder hegemonicamente referido ao discurso científico.⁸

A VD tem vantagens trazidas pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, tornando mais fácil o planejamento das ações de saúde; estreita o relacionamento com a equipe de saúde, devido à ação ser menos formal; possibilita maior liberdade para conversar sobre problemas. Mas traz algumas questões importantes que devem ser tratadas com muita delicadeza pelo profissional de saúde, como a interrupção de tarefas domésticas, a necessidade de reconhecimento do limite entre ação meramente de sociabilidade e as ações de saúde, ressaltando que a entrada no domicílio deve considerar algumas regras básicas no sentido de delimitar o limite tênue entre o controle excessivo e a liberdade exacerbada. Neste sentido, a VD não é uma atividade social. Ela tem objetivos específicos, sendo uma ação desenvolvida por profissionais de saúde que pode ser alterada de acordo com a avaliação feita durante a atividade.

A VD realizada pelo ACS pauta-se prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde, articuladas às atividades com este propósito, geradas nos demais segmentos da comunidade. Nesta perspectiva, a VD é uma das principais ferramentas utilizadas pelo agente, que é guiada também pelos programas de saúde. Tem como foco a população de risco, ou seja, as gestantes, crianças e idosos. Entretanto, com a transição epidemiológica e de acordo com a localidade e região, outros grupos, como os índios, estarão inseridos entre os grupos de maior vulnerabilidade, revelados com base no diagnóstico epidemiológico, demográfico, ambiental realizado pela equipe. Contudo, a VD desenvolvida pelo ACS é uma mediação para o desenvolvimento dos diferentes processos vinculados ao cuidado que abarca a atenção básica.

Como membro da comunidade, o agente porta um saber próprio sobre a localidade, o que lhe confere um olhar diferenciado do restante da equipe acerca dos problemas e necessidades da população. Um saber que se pode consti-

⁸ Sobre educação e práticas de controle sanitárias, ver Stotz, David e Bornstein, no texto "Educação popular em saúde", no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

tuir de elemento capaz de potencializar o projeto terapêutico, ao mesmo tempo em que pode concentrar fatores geradores de conflitos entre a equipe e o ACS, entre a equipe e a família e entre o ACS e a família. Assim, ter clareza dos objetivos, planejar as ações, ter uma metodologia de abordagem podem configurar medidas de proteção e de amenização destes e de outros riscos. A VD, organizada a partir de um planejamento coletivo com a equipe, opera com o caráter de sigilo de regras claras que visam à proteção, respeito e privacidade do usuário e do próprio ACS, ou outro membro da equipe.

Mesmo sendo da mesma localidade e compartilhando dos mesmos problemas da comunidade, o agente, ao entrar na casa de uma família, adentra em um espaço privado, como um profissional de saúde, possuidor de um saber sanitário que lhe confere determinado poder. No entanto, como membro da comunidade, é convidado a partilhar de sua própria privacidade. Em um movimento paradoxal, o agente, é ao mesmo tempo, membro da comunidade, aquele que partilha a sua intimidade e privacidade com os demais, e agente sanitário detentor de um saber único e de um poder que lhe confere *status* diferenciado no interior de uma dada comunidade.

A VD traz implícito o partilhar de hábitos, de rotinas que são privativas do espaço domiciliar. Nestas ações são identificados aspectos da vida das pessoas, que, de outra forma, não teríamos acesso. Elementos delicados que os profissionais de saúde, em especial o ACS, acabam por serem depositários de assuntos íntimos e particulares das famílias. Um conjunto de informações que, se utilizadas fora dos objetivos e do foco da atenção e do cuidado em saúde, pode constituir ferramenta de controle dos hábitos da população.

Somado a estes aspectos, os profissionais de saúde entram nas casas com aval do Estado, ou seja, como representantes de um poder sanitário constituído, um discurso científico aceito e recomendado pelo modelo de atenção. Um saber que possibilita julgar hábitos, de apontar falhas nos costumes e no modo de vida das pessoas. Entretanto, a criação de vínculo, elemento primordial no cuidado, é algo a ser perseguido pelos ACS e por cada membro da equipe de saúde. O limite é tênue e, por vezes, na prática não fica claro qual o caminho que deve ser trilhado. Porém, vale destacar que o vínculo concentra a base para um maior impacto no processo de trabalho e nas ações terapêuticas desenvolvidas pelas equipes, principalmente nas que objetivam mudanças de hábitos, como o caso das medidas de prevenção de agravos e doenças crônicas não-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

transmissíveis. O vínculo está alicerçado em relações de confiança, de um espaço protegido em que a responsabilidade pelo cuidado é construída de forma compartilhada com o usuário e a equipe de saúde: “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal” (Merhy, 1994: 138).

As diferentes formas de produção de vínculo não estabelecem ou privilegiam espaços, mas podemos considerar a VD como um momento singular na construção do mesmo, já que é durante a atividade desenvolvida no domicílio que há a real possibilidade de estabelecer responsabilidades pelo problema de saúde do usuário. Responsabilidade que passa pelo aumento da capacidade de escuta, que é feita pela aproximação maior com os problemas de saúde, em estar em um ambiente diferente dos serviços de saúde que torna possível uma reflexão mais ampla sobre o processo de nascer e morrer da comunidade.

Por fim, a constituição de vínculo deve permear todo o sistema de saúde e não ficar apenas restrita às ações da atenção básica, em especial à ESF, e muito menos ser uma função do ACS. Segundo Campos (1997), a produção de vínculo permite o estreitamento das relações com a população, monitoramento das ações de saúde, bem como incentiva a autonomia do usuário no cuidado à saúde.

Organizando a Visita Domiciliar

No sentido de construir viabilidade na ação da VD, alguns itens devem ser observados, como identificação de prioridade para fazer a visita, além de traçar as formas de planejar, executar, registrar e avaliar a ação.

Os critérios de prioridade para a VD partem dos indicadores de saúde da população brasileira, que ainda mantém as crianças recém-nascidas, crianças com risco para desnutrição e o mapeamento da imunização como foco da visita. Ainda podemos identificar como ações prioritárias para a VD:

- Adultos com problemas de saúde que necessitam de assistência no domicílio, como curativo de úlceras varicosas;
- A busca ativa de faltosos, no sentido de identificar as reais causas da ausência;

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

- Portadores e comunicantes de doenças transmissíveis;
- Gestantes faltosas, em especial as com VDRL ou HIV positivo;
- Gestantes com gravidez de risco;
- Notificação de exame de risco, como preventivo;
- Portadores de transtornos mentais graves;
- Acompanhamento das ações de saúde bucal.

Estes são critérios gerais que, de acordo com o perfil da população atendida, podem ser modificados, como o caso da região Norte do país, que concentra casos de malária e de febre amarela. Logo, estes casos devem ser prioritários para a VD e vão variar de acordo com a região do país, bem como outras situações que podem sugerir risco social e para a saúde da família, como o alcoolismo, entre outros riscos presentes na sociedade moderna.

O planejamento deve seguir uma seqüência elaborada dos passos, em que deve ser considerado: seleção das visitas, qual (is) os dados que necessitam ser identificado(s), o plano, o material a ser empregado na ação e na avaliação.

A seleção das visitas – as ações de visita são intensas no cotidiano das equipes, logo se deve considerar durante o planejamento:

- O tempo disponível para dispensar as visitas;
- O horário preferencial das famílias para que as visitas não sejam infrutíferas;
- O itinerário para que facilite a locomoção;
- A prioridade identificada com base nos critérios estabelecidos pelo plano terapêutico da equipe.

Quanto aos dados, estes se dividem em informações sobre a família, que precisam ser checadas antes da VD, com o objetivo de subsidiar o profissional durante a visita, e que podem ser levantadas na ficha de cadastro, no prontuário e durante as reuniões da equipe. E os dados que precisam ser levantados junto à família que constitui o rol de informações necessárias para serem agregadas ao projeto terapêutico da família e que faz parte do plano de visita.

O plano de visita deve conter a identificação da família, com endereço completo, inclusive com ponto de referência, pois no momento da ida ao domicílio é extremamente importante a identificação do local a ser visitado, evitando, assim, transtornos no percurso e perda de tempo. Outro dado importante a ser

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

considerado no planejamento da VD é o desenho dos objetivos a serem alcançados durante a atividade. Dentre os objetivos delineados tendo em vista o diagnóstico da família realizado pela equipe, podemos elencar alguns de ordem geral, como:

- Levantar as necessidades de saúde do indivíduo e familiares;
- Avaliar as implicações dos fatores psicossociais na problemática levantada;
- Orientar a família sobre os problemas detectados;
- Prestar assistência (curativo etc.) quando necessário;
- Rever a execução das orientações dadas na unidade de saúde;
- Coletar informações para outros profissionais de saúde como subsídios para o diagnóstico;
- Promover o ensino do 'autocuidado';
- Servir de elemento de ligação entre a unidade de saúde, comunidade e os recursos de saúde.

O material utilizado na visita deverá ser de acordo com os objetivos traçados. Entretanto, independente do foco da visita, devemos considerar o material educativo como elemento básico nas ações no domicílio, como cartilhas informativas, *folders* ilustrativos etc.

Durante a execução da VD, alguns objetivos traçados podem ser alterados de acordo com a realidade encontrada, mas, de um modo geral, alguns itens devem ser considerados:

- Buscar alcançar o máximo dos objetivos que foram traçados durante o planejamento;
- Implementar ações educativas, esclarecendo dúvidas e orientando com relação a medidas de promoção da saúde;
- Conhecer a metodologia a ser utilizada – entrevista;
- Conhecer a magnitude do problema abordado para a definição de prioridades;
- Elaborar um diagnóstico provável da situação;
- Levantar os recursos materiais e humanos da família;
- Determinar soluções possíveis – racionalizar;
- Promover encaminhamentos – referências/contra referências;
- Prever visitas posteriores – seguimento do caso;

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

- Utilizar uma linguagem clara durante a abordagem com a família;
- Proporcionar ambiente que possibilite a exposição dos problemas de saúde vividos pela família;
- Observar o meio ambiente que cerca a família, identificando possíveis riscos à saúde;
- Observar as reações das pessoas frente aos problemas e necessidades de saúde;
- Buscar fazer interferências mínimas no espaço doméstico;
- Anotar de forma clara como se deu a visita, anotando os aspectos positivos e negativos da mesma.

As anotações que são geradas durante e após a VD constituem elementos essenciais para posterior modificação dos objetivos a serem alcançados pela equipe junto à família e ao indivíduo. É através dos dados, legíveis, anotados na ficha ou prontuário, que poderão ser gerados projetos de continuidade do trabalho, levando à melhoria da qualidade de vida, no que diz respeito à saúde.

Como metodologia básica para VD, é empregada a entrevista semi-estruturada, uma técnica comum utilizada na pesquisa qualitativa, mas que passa a fazer parte do processo de trabalho em saúde. Entretanto, a entrevista pode ser confundida com uma simples conversa, em que alguns dados são suscitados, mas que não há direcionalidade para o alcance de objetivos que estejam de acordo com o planejamento das ações voltadas à família.

Nas entrevistas empregadas na VD, ainda que se deseje incorporar o problema tendo em vista a perspectiva do usuário, a tarefa que se coloca é a de, ao identificá-lo, possa-se articulá-lo a supostos riscos e danos à saúde da família, indivíduo e comunidade. Descobrir, assim, os sentidos agregados às necessidades de saúde, evitando o máximo possível impor as suposições do profissional de saúde sobre a questão tratada com o indivíduo.

As boas perguntas para as entrevistas devem ser abertas, sensíveis e claras para os usuários. Podemos identificar alguns eixos que podem ser úteis na composição das questões.

- Eixo baseado na experiência da família/indivíduo sobre determinado agravo ou risco à saúde;
- Eixo da opinião ou do valor conferido à questão trabalhada pela equipe de saúde;

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- Eixo do sentimento relacionado ao foco da ação de saúde;
- Eixo do conhecimento que a família/indivíduo têm acumulado a respeito das ações de saúde que estão sendo desenvolvidas.

Geralmente, é melhor iniciar por questões que o usuário possa responder com facilidade e depois passar para aquelas em que há um grau maior de dificuldade ou que concentram uma dose a mais de intimidade.

É vital que os usuários, durante a entrevista, confirmem que entenderam o significado das perguntas e que os profissionais tenham o mesmo movimento em relação às respostas, em vez de se basear em suas próprias suposições. Isso é particularmente importante para que se evite mal-entendidos, principalmente quando há o emprego de terminologia técnica durante a entrevista.

No entanto, durante o diálogo, corre-se o risco de algumas armadilhas prejudicarem o bom êxito da entrevista, como:

- Interrupções externas (telefone, vizinhos etc.);
- Distrações simultâneas (filhos etc);
- Perguntas embaraçosas ou estranhas para o usuário;
- O profissional apresentar a sua própria perspectiva, assim potencialmente trazendo a sua percepção da questão para a entrevista;
- Pular abruptamente de um assunto para outro;
- Resumir demais as perguntas, implicando respostas pouco claras.

Quanto ao sistema de avaliação da VD, este deverá partir do plano de visita traçado, das observações, das ações educativas realizadas e dos objetivos que foram traçados e se estes foram alcançados. Avaliando conjuntamente estes elementos, agregam-se também os pontos positivos e negativos, além das soluções e das prioridades alcançadas durante a atividade, constituindo, assim, um balanço do impacto da VD na família.

Checklist para a Visita Domiciliar

A VD impõe a capacidade de autodisciplina para a observação, a habilidade técnica para a entrevista e o imperativo ético para a escuta da história ou relato oral:

- Não vá iniciar uma VD com um 'modelo de realidade' pré-concebido. Devemos estar abertos a captar 'a verdade daquela realidade' única a ser visitada, e não a verdade que acreditamos ou queremos ver.

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

- Não vá pensando que 'esta família é igual' da Dona Fulana, que eu conheço e tem tais problemas.
- Nem tudo é 'o que você vê', nem tampouco 'como você vê'. A realidade é bem maior do que o nosso olhar ou percepção podem captar. Devemos conscientemente 'deixar de lado preconceitos e mitos' pessoais e olhar a realidade com 'curiosidade respeitosa e espírito investigativo'.
- Devemos 'reconhecer nossos limites' e não nos apressarmos em fazer interpretações sobre uma realidade que mal começamos a conhecer.
- A aparição de situações ou fatores inesperados durante a visita deve ser considerada como bem-vinda.
- Devemos estar prontos para 'surpresas'. Como em uma viagem, explore o inesperado e o diferente. Não espere encontrar somente o 'seu mundo'.
- A realidade que nos surpreende ou choca tende a ser vista como um desvio ou perversão. Na verdade, pode apenas ser um padrão de realidade diferente daquele a que estamos habituados. 'Não devemos tentar encaixar a realidade alheia em nossa própria realidade'.
- Lembre-se de que o que há para ver, que possa ser de grande interesse para nosso trabalho, pode se 'ocultar' na primeira visita.
- Uma visita não é a busca de uma 'coisa específica' ou uma prova que atesta algo premeditado. A visita apenas pede olhar nos olhos e 'dialogar'. Nosso papel é de 'educador' e não de moralizador. Fazemos perguntas e reflexões, nunca comentários proibitivos e advertências punitivas.
- O roteiro de entrevista, contendo questões-guia é como um mapa de localização de nossos 'objetivos' (ancoragem teórica). Ele deve ser usado com espontaneidade, jamais deve ser 'lido' ou 'recitado'.
- A visita é precedida por 'agendamento', informando dia, horário e quem são os visitantes. Devemos respeitar o tempo alheio e fazer bom uso dele. A 'duração da visita' deve ser compatível com o alcance dos objetivos; não estamos realizando 'uma visitinha rápida'.
- O encontro da realidade 'do outro' e 'da nossa' própria realidade redefine nossa percepção de doença, morte, saúde e vida.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Considerações Finais

Como vimos, a VD não é uma novidade na assistência em saúde. É uma estratégia já utilizada em vários momentos da história das práticas sanitárias. O desafio que se coloca é, justamente, fazer com que essa estratégia, tão cara ao PSF, seja realizada de maneira crítica, dentro de objetivos e limites bem definidos pela equipe e pelo PSF, sob pena de se transformar em um instrumento de controle das populações-alvo dessa assistência.

Também devemos estar atentos para o risco da riqueza de uma VD e suas potencialidades, como prática inovadora, serem perdidas pela pressão que se coloca nos ACS pelo levantamento de dados sanitários para alimentar os sistemas de informação. Essa é uma tarefa fundamental para o planejamento das ações de saúde que, no entanto, pode ser realizada de maneira burocrática sobrecarregando o ACS.

Enxergar a VD como trabalho e responsabilidade de toda equipe, mesmo que realizada de forma mais intensa por apenas um de seus membros, é a garantia de que os dados colhidos se transformem efetivamente em informações relevantes para os profissionais e para a comunidade junto a qual eles trabalham.

A assistência domiciliar é uma modalidade assistencial que se coloca cada vez mais presente na nossa realidade. A VD potencializa e expande o alcance desta prática, permitindo uma maior integração entre as ações que acontecem no domicílio e as que ocorrem no interior dos serviços de saúde. É uma estratégia fundamental para a construção de um sistema de saúde realmente único, integral e equânime.

Referências

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, 1996.

BRASIL. Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002a. Acrescenta capítulo e artigo à

A VISITA DOMICILIAR COMO UMA ESTRATÉGIA

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002b. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. The Family Health Program: broadening coverage to consolidate the change in the Primary Care model. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, jan.-mar., 3(1): 113-125, 2003.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

COSTA, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

FORTES, P. A. de C. & MARTINS, C. de L. A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53: 31-33, dez., 2000.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

JATENE, A. D. et al. Primeiro Relatório Técnico-Científico: novos modelos de Assistência à Saúde – Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp, 2000.

MATTOS, T. M. de; KAWAMOTO, E. E. & SANTOS, M. C. H. dos. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU, 1995.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDONÇA, P. E. X. & SANTOS, W. K. A internação domiciliar no contexto da reforma do sistema de atenção hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005. (Mimeo.)

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a Mudança em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.

SARTORI, L. C. *Rastreamento do Câncer Bucal: aplicações no Programa Saúde da Família*, 2004. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Fases do Ciclo Vital: características, vulnerabilidade e cuidado

Ana Lúcia de Moura Pontes
Manoel Martins

Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS (1988) – tem como referenciais a universalização e a integralidade das ações desenvolvidas, mas, desde o seu início, convive com a contradição da saúde ser, ao mesmo tempo, vista como um bem público e como uma mercadoria. Políticas neoliberais – como a do estado mínimo –¹ dificultam a percepção da importância de se ampliar o foco das ações no setor da saúde para contribuir para o processo de cidadania e de inclusão social.

Além disso, apesar de o processo de intervenção na área da saúde haver se ampliado com a influência das contribuições do campo da saúde coletiva, muitas vezes, ainda, se repete a norma disciplinadora típica do paradigma higienista da saúde pública, praticada nos dois últimos séculos. Assim, o conceito de saúde como potência de vida não é levado em consideração e não se incentiva o estímulo à autonomia dos indivíduos sobre suas vidas.

Os programas na área da saúde frequentemente se apresentam com um padrão teórico uniforme (estrutura vertical de programas e ações focais) e muitas vezes ignoram as experiências desenvolvidas nos níveis locais. Ademais, também se percebe uma repetição do modelo educacional hegemônico² nas práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos serviços e na comunidade, o que também contribui para a perpetuação das desigualdades sociais. Nessa dimensão, alertamos para a necessidade da reflexão e discussão

¹ Sobre a crise do Estado de Bem-Estar Social e o neoliberalismo, ver Pereira e Linhares, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

² Sobre as diferentes concepções de educação, ver Morosini, Fonseca e Pereira, texto “Educação e saúde na prática do agente comunitário de saúde”, no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

das atuais práticas educativas desenvolvidas pelos ACS, já que as mesmas constituem o principal grupo de atividades dos mesmos.

Porém, ao pensarmos no cotidiano de trabalho dos profissionais das equipes de Saúde da Família, observaremos que, no dia-a-dia, eles buscam responder às necessidades de saúde³ de homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos. Assim, como a execução dessas práticas de cuidado no cotidiano se relaciona com as críticas que pontuamos anteriormente?

Esse é o desafio deste texto. Consideramos que é dentro das práticas de cuidado desenvolvidas no cotidiano pelos profissionais de saúde que podemos encontrar uma produção de autonomia, participação e respeito ou a reprodução das desigualdades, perpetuação dos privilégios de grupos e privação de direitos dos indivíduos e grupos populacionais.

Assim, temos como principal objetivo a construção de um 'olhar' diferenciado sobre as diferentes fases do ciclo vital. Para além da atuação e estruturação dos programas de saúde voltados para as crianças, adolescentes, mulheres, adultos ou idosos, pretendemos contribuir para que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) em formação seja sensível às diferentes necessidades dos sujeitos nas distintas fases de sua vida.

Dessa forma, este texto está estruturado em três partes: inicialmente realizamos uma discussão sobre cuidado em saúde, vulnerabilidade e promoção em saúde, em seguida uma reflexão sobre a definição das fases da vida, e por fim, por meio de uma discussão de casos, realizamos uma problematização sobre o cuidado nas diferentes fases do ciclo vital. Desde já, antecipamos que não nos aprofundaremos no detalhamento dos programas de saúde da criança, mulher, adulto e idoso após a discussão de cada caso. Por isso, ao final do texto, colocamos indicações de referências do Ministério da Saúde disponíveis na internet.

Considerações acerca do Cuidado, da Promoção à Saúde e da Vulnerabilidade

Trabalhamos aqui com uma concepção ampliada de saúde, considerando, principalmente, o contexto social da infância, adolescência, vida adulta e velhice

³ Sobre necessidades de saúde, ver Silva, Gomes e Batistella, texto "Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

FASES DO CICLO VITAL

no Brasil atual. Lembrando que é impossível abordar cada uma dessas fases como homogêneas e semelhantes em todos os tempos e territórios. Principalmente, enfatizamos os limites de nossa abordagem, pois em cada comunidade existirão percepções e realidades próprias da infância, adolescência, maturidade e velhice, que também são dinâmicas e estão em transformações. Nesse sentido, o entendimento do conceito de cultura pode ser uma ótima ferramenta para o trabalho dos ACS, a fim de que possam entender suas próprias realidades cotidianas. Destacamos isso, pois percebemos que as formações da área da saúde tradicionalmente tendem a homogeneizar e tornar estáticos processos que são sociais, históricos e culturais, ou seja, dinâmicos.

Portanto, nossa abordagem das fases do ciclo vital se posiciona criticamente em relação à medicina científica moderna,⁴ que frequentemente foi tomada como base para as profissões da saúde. Atualmente, a área da saúde se tornou um campo de especialistas, fragmentando o cuidado em saúde. Progressivamente as práticas de saúde se estruturaram em bases impessoais e objetivas da tecnologia material.

Nesse modelo de produção da saúde, indica-se “como válidos para resolverem problemas de saúde os conhecimentos centrados no corpo biológico (...), isto significou a organização de serviços de saúde centrados no saber e na pessoa do médico que operam através de uma excessiva carga prescritiva” (Franco, 2003).

Esse modelo biomédico, expresso tanto no ensino quanto nas práticas de saúde, busca restaurar no indivíduo uma norma com base na anatomia-patológica. Para isso, entende o corpo humano como uma máquina e exclui toda a subjetividade da experiência do adoecer. A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica. Foucault (1995) e Canguilhem (1990) analisaram a constituição dessa medicina moderna, base das práticas de saúde ainda hoje. Ademais, esse modelo levou à desvalorização e descrédito das demais práticas de saúde e cuidado existentes, como dos xamãs, curandeiros, parteiras, acupunturistas, homeopatas, entre outros.

⁴ Sobre o surgimento da medicina científica moderna, ver Lima, texto “Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde” no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Entretanto, ressaltamos que o que ocorre no campo da saúde é o encontro entre um profissional de saúde e um usuário, ou seja, o processo de trabalho em saúde deveria ocorrer a partir, e centralmente, neste encontro, de dois sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos, imaginário. Um momento singular no qual o usuário traz suas necessidades de saúde, e o profissional tentará responder às mesmas com base em suas ferramentas, tecnologias, disponíveis.

Porém, sabemos que atualmente se observa que o trabalhador é capturado pela centralidade dos usos dos equipamentos e dos saberes tecnológicos estruturados (Merhy, 2002). O cuidado frequentemente está limitado à realização de procedimentos e centrado no trabalho médico, o que gera uma hierarquia e dependência no trabalho dos demais profissionais. E o usuário é percebido como um objeto, substrato, no qual são realizados esses procedimentos. Assim, o projeto terapêutico⁵ produzido por essa medicina tecnológica é “um somatório de atos fragmentados sobre um usuário insumo” (Merhy, 2002: 103).

Diante de um determinado problema de saúde, na produção de um ato de saúde, um profissional de saúde mobiliza seus saberes e modos de agir tendo em vista diversos núcleos. Primeiramente, o núcleo de saberes acerca do problema específico que vai enfrentar, sobre o qual irá utilizar os recursos do núcleo de saberes e práticas específicos de seu campo profissional, e ambos cobertos pelo território da dimensão cuidadora que qualquer profissional pode exercer. Este núcleo das atividades cuidadoras de saúde é o território dos processos relacionais, engloba o uso das tecnologias leves que todo profissional pode exercer, e que é o campo principal dos ACS.

Segundo Merhy (2002), atualmente encontramos essa dimensão cuidadora muito reduzida, ou seja, o modelo assistencial que predomina nos dias de hoje é organizado pelo núcleo específico por problema do profissional médico. E a ação dos demais profissionais tem seus núcleos de competência específica subsumidos à lógica médica⁶ (Merhy, 2002).

⁵ Utilizamos a definição de Franco (2003: 179-180): “projeto terapêutico é sempre um conjunto de atos pensados; nesse sentido ele só existe enquanto é idealizado e programado mentalmente pelos profissionais”.

⁶ Vale a pena ressaltar aqui que a medicina moderna tem forte influência do chamado modelo flexneriano de ensino médico, que tem como características: privilegiar o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, com uma sólida formação em ciências básicas, concentração nos aspectos da atenção individual, aprendizagem prática em ambiente hospitalar, com saberes e práticas estruturados em torno das especialidades médicas (Silva Jr., 1998).

FASES DO CICLO VITAL (...)

É nessa perspectiva de entendimento do processo de trabalho em saúde como um ato vivo, estruturado pela modelagem de diversas valises tecnológicas,⁷ com base em núcleos de competência específicos por profissional associado à dimensão cuidadora de todo trabalhador de saúde que estruturamos nosso eixo de análise do cuidado nas diferentes fases do ciclo vital. Compreendemos que o trabalho do ACS se encontra principalmente nesse território comum de cuidado, com ênfase no uso das tecnologias leves, da escuta ativa, vínculo e responsabilização. E, com a formação técnica, esse profissional ganhará recursos do ponto de vista das tecnologias leve-duras (saberes disciplinares).⁸

Desta maneira, encontramos alguns desafios para a transformação dos modelos de atenção à saúde. Em um primeiro sentido, apresentado por Mattos (2001), busca-se romper com um modelo de atenção centrado nos aparelhos ou sistemas anatomofisiológicos, que apresenta uma abordagem fragmentária e reducionista, desconsiderando as dimensões psicológicas e sociais dos indivíduos, privilegiando somente os aspectos biológicos.

Afinal, como Morin (2002: 40) destacou:

O que há de mais biológico – o sexo, o nascimento, a morte – é, também, o que há de mais impregnado de cultura. Nossas atividades biológicas mais elementares – comer, beber, defecar – estão estreitamente ligadas a normas, proibições, valores, símbolos, mitos, ritos, ou seja, o que há de mais especificamente cultural; nossas atividades mais culturais – falar, cantar, dançar, amar, meditar – põem em movimento nossos corpos, nossos órgãos; portanto, o cérebro.

Desta forma, o primeiro desafio que se impõe é a capacidade de apreender os usuários e suas necessidades de modo mais integral e amplo. Assim, a atitude do profissional diante de um usuário que o procura por causa de um sofrimento específico, mas que aproveita o encontro para perceber outras necessidades relacionadas com fatores de risco de outras doenças e investigar a presença de outras patologias que ainda não se manifestaram, representa um dos sentidos da integralidade (Mattos, 2001). Esse movimento é uma busca de

⁷ Merhy propõe pensarmos que o profissional de saúde se utiliza de três tipos de tecnologias, as tecnologias duras (equipamentos, exames), as tecnologias leve-duras (saberes disciplinares) e tecnologias leves (dimensão relacional).

⁸ Sobre o conceito de tecnologia, ver também Abrahão, texto "Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

romper com a tradicional separação entre as práticas de saúde pública e a assistência que existiu na história das políticas de saúde no Brasil.⁹ E a organização do trabalho de uma equipe de modo a garantir essa integração é tão importante quanto uma postura individual de cada profissional.

Por isso, um outro sentido da integralidade defendido por Mattos (2001) diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde de uma população. Os serviços devem estar organizados para responder às doenças de uma população, de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico, por meio de diretrizes programáticas e também realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem. Ou seja, outro desafio das práticas dos serviços estaria na capacidade de articulação e resposta às demandas espontâneas e às demandas programadas. Dentro desse contexto, entendemos que, se a ênfase do trabalho dos ACS seria na promoção e prevenção, essa atuação não deve se desarticular das ações de tratamento e recuperação da saúde. Assim, partimos de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes.

As bases da discussão da promoção da saúde estão nos trabalhos de sanitaristas do século XIX, como Villermé, Chadwick e Virchow. Sendo que esse termo, 'promoção da saúde' foi utilizado pela primeira vez por Henry E. Sigerist, em 1945, e ganhou maior importância a partir da divulgação do Informe Lalonde (1974). O Informe Lalonde ressalta que o campo da saúde engloba quatro grandes elementos: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. E propõe que a estratégia promoção da saúde enfoque as mudanças dos estilos de vida, diferentemente da prevenção, que seria a proteção da saúde frente às ameaças procedentes do meio ambiente (Terris, 1996).

Em 1986, reconhecendo a importância das condições de vida e das causas gerais como determinantes da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organiza a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve como principal produto a Carta de Otawa. Segundo a Carta de Otawa, a promoção da saúde envolve atividades voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desen-

⁹ Sobre a história das políticas de saúde, ver Baptista, texto "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

FASES DO CICLO VITAL

volvimento da saúde, além do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades de participarem deste processo (Buss, 2000). Logo, promoção da saúde compreende ações do âmbito global de um Estado e, por outro lado, a singularidade e autonomia dos sujeitos (Czeresnia, 1999).

Ademais, o reconhecimento de que a saúde nos remete à dimensão existencial, social e ética sugere que possivelmente não conseguiremos elaborar uma nova teoria científica que contemple todas estas dimensões, porém existem propostas que articulam conceitos de outras áreas que podem nos auxiliar na compreensão e atuação diante dos problemas de saúde (Czeresnia, 1999).

O conceito de vulnerabilidade¹⁰ nos parece ser um exemplo de uma percepção mais ampliada e reflexiva dentro do campo da saúde. Esse termo é originário da área de direitos humanos e designa “em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” (Alves apud Ayres et al., 2003: 118). Atualmente, esse conceito tem sido incorporado principalmente nas discussões sobre prevenção de Aids, e nesse texto procuraremos ampliar seu uso. Dentro dessa conceitualização, por exemplo, a avaliação da suscetibilidade à infecção e adoecimento por HIV é entendida como uma resultante de componentes individuais, sociais e programáticos da saúde. Assim, este conceito busca explicitar as relações partes-todo, expressando “os ‘potenciais’ de adoecimento/ não-adoecimento relacionados a ‘todo e cada indivíduo’ que vive em um certo conjunto de condições” (Ayres et al., 2003: 128). No plano das práticas, este tipo de abordagem leva a uma atuação estrutural, na organização comunitária, fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos, além das ações de prevenção e cuidado específicas. Este conceito é um dos que aponta para a inclusão de questões como autonomia, subjetividade e diferença dentro do campo da saúde coletiva.

Tendo em vista esses referenciais, iremos realizar uma abordagem de questões relativas às diferentes fases do ciclo vital, e esperamos, dessa forma, contribuir para o trabalho cotidiano do ACS, nas suas visitas domiciliares, atividades comunitárias e junto à sua Equipe de Saúde da Família.

¹⁰ Sobre o conceito de vulnerabilidade, ver Gondim, texto “Do conceito de risco ao da precaução: entre determinantes e incertezas”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Pretendemos, acima de tudo, colaborar para a construção de um 'olhar' sensível às questões ampliadas de saúde que os indivíduos vivem no decorrer de suas vidas.

Acreditamos que a análise de Merhy se torna especialmente relevante para a reflexão sobre as fases do ciclo vital, pois percebemos que o cotidiano de trabalho dos ACS pode ser capturado pela necessidade do cumprimento das principais responsabilidades determinadas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas/2001), ou pela ficha D que compõe o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que se centram no uso de tecnologias duras e leve-duras. Ou seja, percebemos que atualmente o trabalho do ACS é principalmente avaliado em função do uso das tecnologias duras (realização de procedimentos) sem valorizar qualidade da dimensão relacional (acolhimento, vínculo e responsabilização) e educacional de seu cotidiano de trabalho.

Consideramos que uma abordagem e uma avaliação das práticas de saúde centradas exclusivamente no diagnóstico, acompanhamento e notificação das principais morbimortalidades dos grupos populacionais são insuficientes. Acima de tudo, o ACS deve estar atento às situações de vulnerabilidade, às relações sociais de cada indivíduo e às potencialidades dos sujeitos. Porém, quando o ACS se vê tomado por uma série de rotinas no seu trabalho cotidiano, perde-se a dimensão de escuta, vínculo e observação. Acima de tudo, queremos que os ACS continuem sensíveis à garantia do direito à saúde e dignidade humana dos membros de sua comunidade.

As Idades da Vida

Em uma discussão sobre fases da vida, a primeira pergunta que somos obrigados a nos fazer é: quais são as fases do ciclo da vida?

Ariès (1981) faz uma construção histórico-social da infância na sociedade ocidental. Para isso, recorda-nos que a importância da idade para a designação dos indivíduos surge na Idade Média, ao redor dos séculos XVI e XVII. Essa noção vai ganhando com o tempo uma precisão crescente na sua quantificação, sendo interessante observar que com ela se constitui um parâmetro mensurável e preciso para a identidade civil.

As definições das 'idades da vida' presentes na Idade Média nos parecem hoje noções abstratas, pouco precisas, mas que eram tão conhecidas e usuais naquele período, baseando-se em um sistema de descrição e de explica-

FASES DO CICLO VITAL

ção que remontava aos filósofos jônicos do século VI a.C. Essas idades eram: infância e puerilidade, juventude e adolescência, velhice e senilidade (Ariès, 1981). Áries (1981) recupera as definições dessas idades da vida que constam em uma importante enciclopédia do período, *Le Grand Propriétaire de Toutes Choses*, na qual a infância iria do nascimento até os 7 anos, é “chamado de *enfant* (criança), que quer dizer não falante” (Ariès, 1981: 36), pois nessa idade a pessoa não fala perfeitamente. Após a infância, a segunda idade seria *pueritia*, pois “a pessoa é ainda como a menina do olho, e dura até os 14 anos” (Ariès, 1981: 36).

A adolescência terminaria aos 21 anos, “mas segundo Isidoro, dura até 28 anos e pode estender-se até 30 ou 35 anos. Essa idade é chamada de adolescência porque a pessoa é bastante grande para procriar, disse Isidoro” (p. 36). Para definir a juventude, a enciclopédia usa a definição de Isidoro como um período que vai até os 45 anos, ou 50, e é “chamada de juventude devido à força que está na pessoa, para ajudar a si mesma e aos outros” (p. 36). A senectude estaria entre a juventude e velhice, e “Isidoro a chama de gravidade, porque a pessoa nessa idade é grave nos costumes e nas maneiras” (p. 36). A velhice dura até os 70 anos, e a enciclopédia dizia que poderia ir até a morte, e sua definição está associada com o fato que as pessoas velhas não têm os sentidos tão bons e caducam. A última parte da velhice seria *senis* (em latim), quando “o velho está sempre tossindo, escarrando e sujando” (Ariès, 1981: 37).

Ariès alerta que, por mais que essas descrições nos pareçam sem sentido, eram bastante claras para o homem na Idade Média e evocavam uma união do destino do homem aos planetas. As idades da vida representam não somente etapas biológicas, mas uma correlação com funções sociais. Desta forma, o autor nos aponta que o próprio sentimento da vida muda na história.

A determinação das fases da vida tem mudado ao longo da história humana, no sentido de cada período da vida e de seus papéis sociais, e da mesma forma os principais problemas de saúde e a atenção à saúde aos diversos grupos etários. Atualmente, segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), criança é a pessoa até os 12 anos de idade incompleto e adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos, sendo que para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o adolescente é a pessoa entre 10 e 19 anos.

Com a transição demográfica, observamos um aumento da população idosa que, segundo a OMS e o Estatuto do Idoso Brasileiro seria a pessoa

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

acima 60 anos. Entretanto, no Brasil, alguns direitos, como o transporte gratuito, são reservados para os maiores de 65 anos. Porém, sabemos que, mesmo no Brasil, a expectativa de vida varia de acordo com as regiões deste, e uma pessoa com menos de 60 anos pode ser considerada idosa. É importante ressaltar que não somente a delimitação de faixa etária, mas também a percepção sobre o que é o envelhecimento e a maneira de vivê-lo mudou drasticamente durante o século XX.

Simone de Beauvoir, em *A Velhice*, faz uma análise do envelhecimento sob diferentes perspectivas diante da necessidade de romper com 'a conspiração do silêncio' acerca desse tema. Na primeira parte de seu livro, analisa a velhice sob o ponto de vista da biologia, antropologia, história e sociologia, entendendo a velhice um objeto de saber. Na segunda parte de sua obra, procura descrever a maneira pela qual a pessoa idosa "interioriza sua relação com o próprio corpo, com o tempo e com os outros" (Beauvoir, 2003: 16-17). Recomendamos a leitura desse livro como uma excelente descrição e problematização do tema sob diferentes perspectivas.

É também importante destacar que uma reflexão sobre gênero e raça também são fundamentais em uma discussão sobre cuidado a grupos populacionais e indivíduos, pois em uma abordagem sobre vulnerabilidade esses fatores se mostram relevantes do ponto de vista da incidência e prevalência de alguns agravos.

Este texto tem o difícil objetivo de abordar características, vulnerabilidade e cuidado das distintas fases do ciclo vital, *a priori* já perceberemos a impossibilidade de dar conta dessa diversidade e complexidade de questões. Por isso, inicialmente, apresentamos uma discussão geral que entendemos que perpassa e determina o olhar sobre as diferentes questões que possam emergir na prática cotidiana dos ACS.

Nesta parte do texto, optamos por usar a discussão de casos como estratégia para provocar a reflexão de situações relacionadas às características, vulnerabilidades e cuidado nas diferentes fases do ciclo vital. Também tentamos questionar a abordagem individual dos problemas, mas dentro de uma proposta de atenção à saúde da família, procuramos mostrar o quanto o cuidado da criança, adulto e idoso estão correlacionados. Nossa preocupação é evitar que as equipes de Saúde da Família, ao organizarem seu cotidiano de trabalho, acabem por, em vez de realizar uma abordagem

FASES DO CICLO VITAL

da família, dissociar o cuidado dos indivíduos da dinâmica e contexto familiar e comunitário.

CASO N.1

R. M. 32 anos, procurou a unidade de saúde da família próxima de sua residência em virtude de um quadro de diarreia de um de seus filhos gêmeos. Na unidade de saúde, foi diagnosticada desnutrição; a mãe foi orientada pela assistente social e encaminhada para o programa de suplementação alimentar. Dois meses após, a unidade recebeu uma notificação de uma suspeita de hepatite em uma criança atendida no pronto socorro infantil da região. Na visita domiciliar, o médico e o Agente Comunitário de Saúde verificaram tratar-se do outro filho gêmeo de R.M., fato que causou preocupação, embora não tenha sido confirmado o diagnóstico de hepatite. Ao discutirem o caso na unidade, a ACS relatou a conversa com R.M., que informou de sua preocupação com o uso de álcool e o comportamento violento do marido. Além disso, a sobrevivência do casal e dos filhos dependia da aposentadoria da mãe de R.M.

O núcleo familiar tradicional não representa mais a forma predominante de agregação das pessoas. Em muitas situações, a mulher representa o papel de cabeça-do-casal responsável pela sobrevivência dos filhos, em outras, os avós se responsabilizam pela sobrevivência da família, e há núcleos em que pessoas do mesmo sexo representam o papel materno e paterno.

Na década de 1990, os estudos sobre o aumento da mortalidade devido às chamadas causas externas¹¹ permitiram identificar a importância da violência interpessoal e da negligência como responsáveis pela violência no ambiente domiciliar (Reichenheim, Hasselmann & Moraes, 1999). Ao lado dos estudos epidemiológicos, é importante a identificação dos vínculos existentes no núcleo familiar, como o exteriorizado pelo apego entre mãe e filho, que pode ajudar a compreender a resistência a situações adversas vivenciadas pelos profissionais de saúde. Além disso, o atendimento multiprofissional pode criar espaços de apoio e incentivo para o enfrentamento da situação pelas vítimas de violência. Nesse aspecto é de extrema importância que a equipe de saúde conheça e domine o Estatuto

¹¹ No Código Internacional de Doenças (CID) inclui os acidentes, lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões etc. (CID 10).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

da Criança e do Adolescente, assim como uma relação com o Conselho Tutelar e demais instituições governamentais e não-governamentais que atuem na área de promoção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes.¹²

A abordagem do alcoolismo pelos profissionais de saúde é outra questão ainda dificultada por ser considerado um problema de ordem moral, e não uma doença. Isso conduz muitas vezes à perda da oportunidade de se identificar pessoas com problemas com uso de álcool, como acontece quando os profissionais dominam instrumentos como o Teste de Cage, de fácil utilização.¹³ Assim, os profissionais não podem limitar sua atenção aos motivos de consulta (no caso a desnutrição). Devem, sim, procurar desenvolver um processo de escuta capaz de atender às reais necessidades dos usuários. A lógica assistencial com incentivo ao desempenho de funções produz uma segmentação do trabalho. Além das barreiras corporativas, a falta de discussão sobre o processo de trabalho¹⁴ restringe a integração multiprofissional e limita a possibilidade de resolução dos problemas apresentados pelos usuários e pelas famílias. É desta forma que entendemos que devem ser interpretadas as responsabilidades da Equipe de Saúde da Família em relação à saúde da criança, conforme definiu a Noas/SUS 01/2001, que apresentamos no Quadro 1.

¹² Sobre o histórico do atendimento à criança e ao adolescente e do ECA, ver Geisler, texto "Agente comunitário de saúde: mais um ator na nova política de atendimento à infância e juventude?", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

¹³ Carvalhaes e Benício (2002) aplicaram o teste de Cage em capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil.

¹⁴ Sobre o processo de trabalho em saúde, ver Ribeiro, Pires e Blank, texto "A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

FASES DO CICLO VITAL

Quadro 1 – Ações de saúde da criança conforme Noas-SUS 01/2001

AÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA	
RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Vigilância Nutricional	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Promoção do aleitamento materno Realização ou referência para exames laboratoriais Combate às carências nutricionais Implantação e alimentação regular do Sisvan
Imunização	Realização do Esquema Vacinal Básico de Rotina Busca de faltosos Realização de Campanhas e intensificações Alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação
Assistências às doenças prevalentes na infância	Assistência às IRA em menores de 5 anos; Assistência às doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos Assistência a outras doenças prevalentes; Atividades Educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças; Garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (programada e negociada, com mecanismos de regulação); Realização ou referência para exames laboratoriais.

Fonte: Brasil, 2001.

CASO 2:

L. M. 77 anos, aposentado, metalúrgico, compareceu à unidade de saúde da família por queixa de “mal-estar” na rua. Na consulta, verificou-se que o paciente era hipertenso e usava um medicamento que mantinha a sua pressão arterial controlada. O médico tranqüilizou o paciente acentuando a importância do uso da medicação. Alguns dias após, retornou para uma tomada ocasional da pressão arterial e relatou à Agente Comunitária de Saúde que a queixa apresentada iniciou-se após a perda da companheira ocorrida há três meses, no hospital, após uma doença aguda, operada de vesícula, evoluiu com infecção generalizada. Ao falar sobre a sua tristeza, exteriorizou a sua preocupação com a dificuldade do diagnóstico e a evolução do quadro. Ao ser perguntado se poderia ter feito algo diferente, L.M. relatou um episódio ocorrido há trinta anos, quando a esposa apresentou “caroços no pescoço”, motivo pelo qual tinha sido diagnosticado um câncer inoperável e, por isso, procurou atendimento em um centro espírita onde os caroços foram retirados. A seguir, a ACS conversou com o paciente sobre a dificuldade de aceitação da morte da esposa e propôs que o mesmo retornasse no dia da reunião dos idosos da unidade.

As mudanças ocorridas na sociedade brasileira nos últimos cinquenta anos, com um padrão de aglomeração urbana crescente acompanhada da progressiva mudança do perfil demográfico – em 2025, 12% da população estará acima dos 60 anos – insere um novo desafio na agenda da saúde; como preser-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

var a qualidade de vida? Ao lado do aumento da expectativa de vida, a identificação de que mais pessoas vivem sozinhas torna fundamental o incentivo de ações que preservem a autonomia¹⁵ e evitem a dependência¹⁶ característica de algumas fases do envelhecimento.

Herzlich (2005) no texto “A fragilidade da vida humana e a fragilidade da vida social” destaca a crescente incorporação do tema da saúde na agenda social; “cada vez mais, a sociedade fala a si própria em termos de saúde” (Herzlich, 2005: 201). A autora utiliza como exemplo um fato ocorrido na França, no verão de 2003, quando os efeitos de uma onda de calor excepcional sobre a saúde dos idosos tornaram visíveis as dificuldades da situação dessa população e suscitou um acalorado debate sobre a velhice na sociedade francesa.

No nosso meio, a sociedade tem procurado enfrentar o desafio do processo de envelhecimento através de diferentes iniciativas: o estatuto do idoso (arcabouço jurídico de apoio aos idosos), iniciativas locais (municipais) de acolhimento de idosos (conselhos, lares de apoio). A organização dos serviços de saúde deve incorporar conceitos que facilitem o atendimento das necessidades de saúde dos idosos; o conceito de qualidade de vida (Minayo, 2000), por exemplo, permite discutir com a equipe multiprofissional as limitações da atenção baseada na abordagem de doenças. A abordagem do idoso e de sua família necessita ser gerontológica, com ênfase na equipe multiprofissional.

Assim, iniciativas que estimulem a agregação e fortaleçam redes de apoio social (grupo de idosos, lares acolhedores)¹⁷ devem ser adotadas com o objetivo de estimular as relações sociais (Ramos, 2002) e evitar tanto quanto possível a institucionalização.

Um dos aspectos a ser destacado é a preparação da equipe de saúde (equipe de saúde da família, unidade básica e dos hospitais) para lidar com a finitude. A sociedade ocidental progressivamente transferiu a morte das pessoas dos lares para os hospitais. A progressiva medicalização do sofrimento humano e a crescente incorporação de tecnologia têm provocado uma intervenção sobre a fase última da vida com medidas desnecessárias (terapêuticas fúteis).

¹⁵ Entendemos aqui autonomia como a capacidade de tomar decisões no cotidiano, por exemplo, como ir ao banco ou visitar parentes.

¹⁶ Consideramos a dependência relacionada a maior ou menor dificuldade para desenvolver atividades da vida diária.

¹⁷ Sobre o trabalho do ACS com recursos da comunidade, ver Stotz, David e Bornstein, texto “Educação popular em saúde”, no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

FASES DO CICLO VITAL (...)

Isto, longe de dignificar a morte das pessoas (como, por exemplo, o uso de medicação para alívio da dor em pacientes com câncer), muitas vezes prolonga desnecessariamente a vida. Na área de saúde, a abordagem da finitude ainda se dá como um evento a ser vencido, e não como parte do processo vital.

O papel da equipe de saúde no apoio aos momentos de luto (perdas familiares) e no processo de aceitação (resignação) da morte tem sido pouco incentivado. Por meio de medidas como o respeito à religiosidade, discussão dos limites da intervenção (custos e benefícios), as equipes de saúde podem ser sensibilizadas para lidar com o problema da finitude.

Essas questões são essenciais para a garantia da integralidade da atenção ao idoso, que extrapolam as atribuições listadas na Noas SUS 2001, conforme o Quadro 2. Entendemos que as ações de saúde devem entender o controle e tratamento de agravos de saúde prevalentes nessa população dentro de um contexto de projeto de qualidade de vida para essa população.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Quadro 2 – Ações para controle da hipertensão e do diabetes conforme Noas SUS 01/2001

CONTROLE DA HIPERTENSÃO	
RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Diagnóstico de casos	Diagnóstico clínico.
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação.
Busca ativa de casos	Medição de P. A. de usuários. Visita domiciliar.
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar; Fornecimento de medicamentos; Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações.
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência para exames laboratoriais complementares; Realização ou referência para ECG; Realização ou referência para RX de tórax.
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações; Acompanhamento domiciliar; Fornecimento de medicamentos.
Medidas preventivas	Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações.
CONTROLE DA DIABETES MELITTUS	
RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Diagnóstico de casos	Investigação em usuários com fatores de risco.
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise de sistemas de informação.
Busca ativa de casos	Visita domiciliar.
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar. Educação terapêutica em Diabetes. Fornecimento de medicamentos. Curativos.
Monitorização dos níveis de glicose do paciente	Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde.
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações; Realização ou referência para ECG.
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências; Acompanhamento domiciliar.
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	Agendamento do atendimento.
Medidas preventivas e de promoção da saúde	Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária); Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias); Ações educativas para auto-aplicação de insulina.

Fonte: Brasil, 2001.

FASES DO CICLO VITAL

CASO 3:

S. M., 17 anos, procurou a unidade de saúde para a realização de teste de gravidez. É a mais nova de três irmãos, e a irmã mais velha (19 anos) já tem dois filhos. Após a confirmação da gravidez, a agente comunitária de saúde orientou-a para o acompanhamento no pré-natal. Ao retornar à unidade para uma das consultas agendadas, ocorreu o seguinte diálogo com a auxiliar de enfermagem:

Auxiliar: Infelizmente, tenho que lhe dizer que um de seus exames deu alterado. Vou fazer o encaminhamento para que a médica lhe explique o que aconteceu.

A seguir, na consulta, a adolescente recebe a notícia de que um dos exames realizados confirmou o diagnóstico de sífilis. É necessário o tratamento com antibiótico para evitar um dano para o bebê.

Adolescente: Como foi acontecer isso?

Médica: Precisamos conversar sobre o seu namorado, porque ele precisa fazer o mesmo exame, já que você teve relação sexual com ele e engravidou.

A mãe, até então calada, afirma: Doutora, ele tem 21 anos e não vivemos juntos, mas tenha certeza de que ele virá fazer o exame.

A consulta se encerra e a adolescente é encaminhada para o pré-natal de alto risco, para acompanhamento.

Segundo a OMS, a adolescência compreende a fase da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade. Ao lado das mudanças sociais características da sociedade moderna – iniciação sexual precoce, estímulo ao culto do corpo – crescem as preocupações com a gravidez nas faixas etárias mais jovens.

Na maioria das vezes, a gravidez na adolescência constitui um fato inesperado e até mesmo indesejado. Mas, além da atenção ao fato biológico (risco de complicações, aborto espontâneo, parto prematuro) devem ser levadas em consideração as diferentes realidades socioeconômicas. Ao passo que em comunidades pobres da periferia do Rio de Janeiro a gravidez para as adolescentes constitui-se um despertar precoce da sexualidade, com forte influência da mídia e também relacionado à falta de projeto de vida, nas comunidades pobres rurais do interior do Brasil, a influência predominante pode ser a perpetuação do padrão familiar tradicional. Aí, a segurança de

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

um relacionamento estável 'padrão' no casamento dos pais pode ser o principal fator de indução da gravidez e traduz uma identificação do adolescente com a tradição da família de origem.

Além disso, a perspectiva de sair de casa através de uma 'puxadinha' (construção de um cômodo em anexo à casa da família) para alojar o novo filho acaba constituindo um *status* para adolescentes que viviam em situação de constrangimento; seja por violência verbal, física ou sexual. Pesquisas (Bemfam, 1996) demonstram que, apesar de alguns adolescentes desconhecerem o funcionamento do corpo humano e os métodos para evitar a gravidez, uma boa parcela os conhece, mas não os usa, ou usa métodos anticoncepcionais de baixa eficiência.

Assim, o cuidado não pode ser restrito ao aspecto biológico (a sífilis tem um efeito teratogênico sobre o feto), mas também deve levar em consideração o amadurecimento psíquico da adolescente com apoio ao desenvolvimento de vínculos com a equipe de saúde e com a família, para que possa assumir o papel materno em sua plenitude. Além disso, iniciativas que incentivem as adolescentes a manter atividades próprias da sua idade – voltar a estudar tão logo quanto possível, manter relacionamento com as amigas. O aspecto fundamental é a formação de uma identidade capaz de dar estabilidade à futura relação mãe e filho.

Um conceito que pode contribuir para criar uma interface entre o biológico, o social e o psíquico é o de vulnerabilidade (Ayres & Barbosa, 1999). Esse conceito pode contribuir para se ver a gravidez na adolescência não só como um fato biológico, mas também compreender a importância dos aspectos culturais e sociais envolvidos na sua determinação.

Em pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais, Citeli (2000) estudou como a relação de afetividade e sexualidade na juventude sofre diversas influências, inclusive a provocada pela diferença de gênero – na relação sexual, a iniciativa é atribuída aos homens, fato que permite compreender, parcialmente, a dificuldade das mulheres de imporem a utilização de preservativos pelos companheiros.

Atualmente, o Programa de Saúde da Mulher está fortemente estruturado em torno das questões sexuais e reprodutivas, conforme observamos no Quadro 3, porém temos de ser cautelosos nessa abordagem para não reduzir a mulher a essa função reprodutora. Tal redução pode levar tanto ao descuido da

FASES DO CICLO VITAL

saúde reprodutiva masculina quanto das outras dimensões da saúde da mulher e, inclusive, da implicação de questões sociais e culturais na própria dimensão reprodutiva, como as relações de gênero e socioeconômicas.

Quadro 3 – Ações de saúde da mulher conforme Noas SUS 01/2001

AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER	
RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Pré-Natal	Diagnóstico de gravidez. Cadastramento de gestantes no 1º trimestre. Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta. Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso. Acompanhamento de pré-natal de baixo risco. Vacinação antitetânica. Avaliação do puerpério. Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina. Alimentação e análise de sistemas de Informação. Atividades Educativas para promoção da saúde.
Prevenção de câncer de colo de útero	Rastreamento de câncer de colo de útero. Coleta de material para exame de citopatologia. Realização ou referência para exame citopatológico. Alimentação dos sistemas de informação.
Planejamento familiar	Consulta médica e de enfermagem. Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais. Realização ou referência para exames laboratoriais.

Fonte: Brasil, 2001.

Considerações Finais

Neste texto, procuramos fazer uma reflexão geral sobre o cuidado e fizemos algumas considerações sobre a atenção à saúde da criança, mulher e idoso, especificamente. Sabemos que nossa abordagem foi insuficiente para detalhar as características e prevalência dos problemas de saúde em cada fase do ciclo vital. Para isso, sugerimos uma série de bibliografias complementares, que esperamos que auxiliem o docente no seu trabalho.

Nossa maior preocupação foi ampliar a abordagem do trabalho dos ACS acerca dos grupos populacionais, pois nossa maior preocupação é garantir que os ACS não reproduzam o modelo tradicional de atenção básica. Observamos que, freqüentemente, ao se organizarem, as equipes tendem a fragmentar o cuidado das famílias em atenção à criança, à mulher e ao idoso, separando dias

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

da semana para cada grupo populacional e centrando suas ações na realização dos procedimentos e exames das patologias prevalentes (conforme destacamos com as ações de saúde propostas na Noas-SUS 01/2001).

Acreditamos que isso ocorre por uma série de razões, tais como pelo fato de a formação dos profissionais ainda estar centrada no modelo biomédico-higienista, na tendência dos serviços de manterem sua organização tradicional e, principalmente, devido ao fato que a avaliação do trabalho do ACS e da equipe ainda se centra nas dimensões de tecnologias duras do trabalho.

Do ponto de vista do trabalho do ACS, isso se configura como uma contradição, pois, na descrição de seu trabalho, tanto na portaria n. 648 (Brasil, 2006) quanto na produção científica caracteriza-se que o trabalho do ACS deve se centrar nas ações de educação e promoção em saúde e intersetorialidade, porém, quando observamos como é avaliado o trabalho do ACS, percebemos uma ênfase no controle da realização de número de procedimentos. Como exemplo, vemos na Política Nacional de Atenção Básica que os indicadores de acompanhamento em 2006 das ações da Estratégia de Saúde da Família seriam baseadas na média anual de consultas médicas por habitante, a proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal e a razão de exame citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária.

É claro que observamos nesses critérios de acompanhamento a garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde e a superação de alguns grandes problemas de saúde da população brasileira, a destacar a redução da mortalidade materno-infantil e a redução do câncer de colo de útero. Porém, algumas questões nos preocupam, e as mesmas direcionaram a construção deste texto. Em relação à garantia da redução da mortalidade materno-infantil, nós nos perguntamos: será que a realização de exames de pré-natal são suficientes para a superação desses índices? Ou uma pergunta anterior: quais medidas são necessárias para o estímulo à consulta pré-natal? Que outras questões influenciam o cuidado da mulher na gestação ou da mãe com seu recém-nascido?

Em relação à saúde da mulher, nos perguntamos o quanto as relações de gênero ou condições socioeconômicas influenciam a percepção das mulheres do seu corpo e da sua saúde. Ademais, pode-se questionar a própria ênfase na saúde da mulher como saúde reprodutiva e a pouca ênfase na saúde reprodutiva dos homens (provavelmente muito associada a questões culturais). E pensar

FASES DO CICLO VITAL

que a incorporação das consultas de pré-natal como parte da experiência da maternidade é social e culturalmente construída, portanto, exige uma abordagem que dê conta dessas dimensões.

Ou seja, entendemos que o conhecimento acerca do diagnóstico e acompanhamento das principais doenças nas fases do ciclo vital estão muito bem estabelecidos, mas que, mesmo assim, foram insuficientes para melhorar a qualidade de vida das populações. Entendemos que isso em parte ocorre pela necessidade de políticas de saúde que garantam o acesso a esses serviços, mas também pelo fato de esses procedimentos e conhecimentos biomédicos serem insuficientes para o sucesso das ações de saúde.

Não basta ofertar um programa de pré-natal a uma comunidade, mas entender como essa comunidade compreende essa dimensão da vida, suas condições socioeconômicas e o próprio entendimento do pré-natal como um direito necessitam ser trabalhados e valorizados para redução da mortalidade materna e infantil.

Acima de tudo, nós nos preocupamos em fazer alguns alertas para a formação dos ACS, principalmente considerando que a incorporação desse profissional em uma equipe de saúde permite o fortalecimento dessas dimensões culturais e sociais, e, portanto, de mudança de modelo assistencial. A caracterização das responsabilidades desse profissional são destacadamente do âmbito do fortalecimento da mobilização comunitária, elo da equipe com a comunidade e ações intersetoriais, porém essas dimensões podem ficar subsumidas à necessidade de realização de procedimentos médicos, dependendo da forma que forem organizados os serviços e a avaliação do trabalho do ACS e da Equipe Saúde da Família.

Valorizamos essas críticas porque acreditamos que o trabalho do ACS tem um grande potencial para transformar o cuidado à saúde na atenção básica, que deve ser buscado e reforçado, principalmente no debate sobre a sua formação técnica, ainda em estágio de consolidação.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Indicações de Leitura

Como leitura complementar, acessível na biblioteca virtual do Ministério da Saúde, encontramos:

Saúde da criança e do adolescente:

Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e redução da mortalidade Infantil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1 e módulo 2/Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. rev., 1.^a reimpressão Brasília: Ministério da Saúde, 2003. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf; http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/aidpi2_1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente/Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_de_maus_tratos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0611_M.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil./ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf

FASES DO CICLO VITAL

Saúde da pessoa idosa:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso. *Guia Operacional e Portarias Relacionadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/redes_estaduais_idoso.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_atenca_basica_idoso.pdf>.

BRASIL. Caderneta da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde. <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderneta_idoso.pdf>.

Sexualidade e saúde da mulher:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: *humanização no pré-natal e no nascimento*. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/parto1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *2004: ano da mulher*. 1.ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno5_saude_mulher.pdf>.

BENEVIDES, M. A. da S. et al. (Orgs.) *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0010_M.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0096_M.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção Integral para Mulheres e Ado-*

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

lescentes em Situação de Violência Doméstica: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/matriz%20pedagógica.pdf>.

Mais textos de referência sobre programas podem ser encontrados nos seguintes endereços eletrônicos:

<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>
<bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_adoles.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_mulher.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_crianca.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_idoso.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_indigena.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/doencas_cron.html>
<www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_bucal.html>
<www.portal.saude.gov.br/saude/>

Referências

- ARIÈS, P. *História Social da Infância e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- AYRES, J. R. C. M. & BARBOSA, R. M. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: PARKER, R. (Org.) *Sexualidade pelo Avesso: direitos, identidades e respostas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BEAUVOIR, S. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.
- BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar da Família no Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS. Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 163-176, 2000.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

FASES DO CICLO VITAL

- CARVALHAES, M. A. de. & BENÍCIO, M. H. D. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Revista Saúde Pública*, 36(2): 188-197, abr. 2002.
- CITELI, M. T. A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, 2000.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (4): 701-710, 1999.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
- FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e projetos terapêuticos para a análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- HERZLICH, C. A fragilidade da vida humana e a fragilidade da vida social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 15(2): 193-203, 2005.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2001.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MYNAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 7-18, 2000.
- MORIN, E. A. *Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologia*, 4(7): 156-175, jan./jun., 2002.
- REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H. & MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1):109-121, 1999.
- SILVA JR., A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- TERRIS, M. Conceptos des la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. In: *Promoción de la Salud: una antologia*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1996.

Sistema de Informação da Atenção Básica

Márcia Fernandes Soares
Mauro de Lima Gomes
Arlinda Barbosa Moreno

No texto “Informação e avaliação em saúde”,¹ vimos os conceitos básicos em informações em saúde, a sua importância, bem como alguns sistemas nacionais de informações. Neste, apresentaremos e discutiremos o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) quanto à sua importância e utilização, aos seus instrumentos, à produção dos dados e das informações ao processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na utilização, alimentação e consolidação do Sistema.

Implantado e desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Sipacs) na década de 1990, o Siab foi construído à semelhança dos princípios do SUS com o objetivo de: 1) ‘monitorar e avaliar’ as atividades desempenhadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) nos municípios e nos estados; 2) ‘agilizar’ o processo de produção dos dados e das informações; 3) ‘instrumentalizar’ os gestores do SUS no planejamento das ações e dos serviços de saúde locais, a partir do conhecimento e análise da situação de saúde registrados no PSF implantado nos municípios.

Como principais características deste sistema podemos citar:

- 1) ‘Territorialização’ das ações, pois possibilita a construção de indicadores de uma determinada área e, conseqüentemente, permite conhecer e avaliar a situação de saúde de uma população adscrita, onde o planejamento e as ações de saúde deverão ser implantadas/implementadas de acordo com o perfil dessa população;
- 2) Visa à participação ativa dos ACS nos processos de produção das informações e gerencial, permitindo que estes deixem de ser meros registradores de dados e passem a participar de todo processo de produ-

¹ Artigo que faz parte do livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, desta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ção das informações, desde o registro dos dados até a utilização das informações pelo território como ferramentas para o planejamento e para o processo decisório;

3) Possibilita que as informações geradas retratem a realidade local, uma vez que estas não se limitam à população assistida pelo serviço de saúde;

4) Atua como gerador de informações para a vigilância em saúde,² e não somente, por exemplo, para informações de morbidade.

Sendo assim, podemos observar que a construção do Siab foi concebida sob os princípios da hierarquização, descentralização e territorialização, concernentes às premissas do SUS, e às propostas apontadas em 1993 pelo Grupo Especial para a Descentralização (GED) do Ministério da Saúde (MS), na Oficina de Trabalho "Uso e Disseminação de Informações em Saúde – subsídios para a elaboração de uma política nacional de informações em saúde para o SUS" que visou à formulação de uma Política Nacional de Informações em Saúde, na ótica do SUS, a qual recomendava, dentre outros aspectos:

- identificar a necessidade de informações e sua organização para a gestão descentralizada;
- descentralizar e democratizar a gestão dos serviços de saúde – o que pressupõe a descentralização e a democratização do acesso às informações em saúde;
- propiciar o conhecimento das realidades sócio-sanitárias e formular as políticas em todos os níveis de governo (Brasil, 1994).

Mais precisamente, com relação ao nível local, essa oficina atribuía, por exemplo, o gerenciamento da rede municipal de informações integrando-a aos outros níveis; a responsabilidade pela coleta, validação e qualidade dos dados, como também pelo processamento de dados quer seja manualmente, quer seja utilizando a informática, no nível municipal e distrital; e a análise das informações em nível municipal e distrital.

O Siab apresenta instâncias regionais. Estas, por sua vez, utilizam instrumentos próprios para a geração das informações. Neste sentido, precisamos conhecer as definições utilizadas pelo Ministério da Saúde para as instâncias

² Sobre vigilância em saúde, ver Monken e Barcellos, texto "O território na promoção e vigilância em saúde", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

regionais que, segundo o *Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica*, são: (Brasil, 2003):

- Microárea – “o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um ACS (Pacs)” e, também, “o território onde habitam entre 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de um ACS (PSF)”.
- Área: – Este termo possui acepções distintas, a depender do tipo de programa. Dessa forma, para o Pacs esta é “o conjunto de microáreas cobertas por no máximo 30 ACS, dentro de um mesmo segmento territorial. Neste caso, embora as microáreas sejam referenciadas geograficamente, elas nem sempre são contíguas”, ao passo que, para o PSF esta é “o conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família, onde residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas”.
- Segmento Territorial – “é um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, de uma Zona de Informação do IBGE ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação em saúde no Município. É a divisão territorial utilizada para a análise espacial dos dados em um determinado município”.

Da mesma forma, como ocorre a hierarquização e a inter-relação entre os níveis geográficos, o processo de geração das informações segue a mesma lógica, e tal processo é alimentado mensalmente pelos dados registrados pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) nas diversas fichas (ver ficha ao fim do artigo) e nos relatórios que compõem o sistema, concernentes ao nível de cada instância, que compreendem:

- ‘cadastro familiar’ que contém dados sobre as condições de moradia e saneamento, perfil da comunidade, acesso aos serviços de saúde (Ficha A ao fim do capítulo);
- ‘acompanhamento domiciliar pelos ACS’ de grupos prioritários e de risco, como gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, hansenianos (Ficha B ao fim do capítulo), crianças menores de dois anos (Ficha C: cópia do Cartão da Criança).³

³ Conforme *Manual do Siab*, a ficha C é uma ‘sombra’ do cartão da criança, não constando como uma ficha específica desse sistema.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- 'registro de atividades' por toda a equipe do PSF, procedimentos e notificações (Ficha D ao fim do capítulo).

A partir dos dados registrados nas diversas fichas, ocorre a consolidação dos mesmos em vários relatórios, de acordo com as instâncias envolvidas: microáreas, áreas, segmento e município, conforme a seguir:

- microárea: utiliza os relatórios específicos para consolidar os dados das fichas A;
- área: consolida os dados da microárea a partir dos dados contidos nas fichas A, B, C e D;
- município: utiliza-se de relatórios gerados e outras instâncias para consolidar os dados das áreas.

Uma outra etapa do Siab diz respeito ao programa informatizado, a partir do qual são armazenados em banco de dados os registros referentes ao cadastramento familiar, às informações de saúde e às informações de produção.

A partir dessas etapas que abrangem as esferas municipal, estadual e federal, mas principalmente que envolvem o âmbito territorial, é que ocorre a possibilidade de o ACS participar ativamente como um dos principais atores de um sistema de informação com o propósito, no caso do Siab, de conhecer a população não só através do contato quase que diário, mas também através das avaliações das condições de vida e dos fatores determinantes dessas condições, utilizando, para tal, indicadores de morbimortalidade e de avaliação de serviços e ações de saúde da área.

Cabe ressaltar que a produção dos indicadores e, conseqüentemente, a qualidade das informações estão intimamente relacionados ao registro correto e sistemático dos dados nas diferentes fichas e ao acompanhamento regular dos relatórios que agregam essas informações. Assim, é possível conhecer como as pessoas vivem em uma determinada área, a partir da análise das condições de habitação, que podem ser observadas pelo percentual de moradias onde exista a coleta regular do lixo, onde seja utilizada água da rede pública e onde exista sistema de esgoto, entre outros fatores. Além disso, também se pode observar quais são os principais agravos à saúde (hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose) que ocorrem nesta área.

Uma questão importante a ser ressaltada é a possibilidade de as equipes do PSF e do gestor local utilizarem as informações do Siab de forma ampla e

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

detalhada, uma vez que os dados coletados pelos ACS e por toda a equipe do PSF correspondem a um determinado território onde se insere um conjunto de famílias que são entrevistadas e não estimadas como geralmente se trabalha em outros modelos de organização da atenção à saúde; bem como a possibilidade de utilizarem os relatórios do Siab como 'marcadores para avaliação', podendo ser um instrumento útil para a avaliação da situação de saúde de um município.

Entende-se por marcadores "eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, a médio prazo, avaliar as mudanças no quadro da população adscrita" (Brasil, 2003). Dessa forma, a partir das informações obtidas e consolidadas de todos os profissionais do PSF, é possível acompanhar várias situações marcadoras como exemplos: a ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, fraturas em colo de fêmur em maiores de 50 anos, gravidez em menores de 20 anos, internações por abuso de álcool, internações por complicação do diabetes, óbitos em menores de um ano por todas as causas, óbitos de mulheres de 10 a 49 anos e de adolescentes, entre outros.

É necessário fazer uma reflexão crítica em relação ao Siab e, nesse sentido, gostaríamos de salientar dois aspectos, o primeiro que é a sua relação com o processo de trabalho dos ACS e da equipe do PSF e também a relação com a atenção básica.

As ações realizadas pelos ACS devem ser registradas nas diferentes fichas. Entretanto, o ato do registro em várias fichas pode ser encarado por eles como uma atividade que resultaria em perda de tempo, dificultando a dinamização do trabalho (Silva & Laprega, 2005).

Essa situação requer uma discussão maior não somente com os ACS, mas com toda a equipe do PSF, no sentido de ressaltar a importância dos registros do Siab para que o mesmo possa ser utilizado em sua plenitude pela equipe local e pelos gestores municipais, estaduais e federais.

A valorização das informações nas reuniões de equipe deve ser realizada no sentido de reafirmar a importância das mesmas para o planejamento das ações da equipe, sendo, dessa forma, reforçada a necessidade do preenchimento constante e correto das fichas que alimentam o Siab.

A crítica em relação à excessiva normatividade do PSF passa também pela utilização do seu sistema de informações que tem um conjunto de fichas e

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

informações a serem preenchidas e enviadas regularmente sob pena de suspensão de envio de recursos por parte do governo federal. (Portaria 648 MS/GM 28/03/06).⁴

Como ressalta Merhy e Franco (2004: 110) em relação ao PSF,

o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo MS. Essas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena de os que não se enquadrarem nas orientações ministeriais ficarem fora do sistema de financiamento das equipes de PSF.

Essa crítica, quando observada especificamente sobre o Siab, pode revelar a pouca flexibilidade do mesmo em captar outra informação que o município possa estar elegendo como fundamental dentro da perspectiva de incremento e ajuste local do PSF.

Deve ser salientada a questão do financiamento: neste sentido, a utilização correta do Siab possibilita que o município tenha acesso regular aos recursos de custeio disponibilizados pelo Ministério da Saúde, sendo uma constante a cobrança aos ACS e à equipe como um todo do preenchimento das informações do sistema.

Vale destacar também, em relação ao processo de trabalho do ACS, a questão da territorialização, pois, neste mesmo território em que atua o ACS, podem estar atuando outros profissionais de saúde, como os guardas de endemias ou agentes locais de vigilância em saúde, os profissionais da vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária. Tais profissionais, na realidade, embora possam estar atuando em um mesmo território, direcionam o seu processo de trabalho para objetivos específicos.

A possibilidade de maior integração da informação pode ser um passo inicial interessante no sentido de esses profissionais poderem atuar de forma solidária e integrada favorecendo com isso ações sobre um determinado território no sentido da melhoria das condições de saúde dessa população.

Desse modo, a incorporação do conceito de território, utilizado na vigilância em saúde, pode ser de grande utilidade para compreender de

⁴ Sobre financiamento, ver Serra e Rodrigues, texto "O financiamento da saúde no Brasil" no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

forma mais abrangente a realidade local. Como um exemplo desta utilização, podemos citar o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar.

O Proformar tem como missão formar agentes locais de vigilância em saúde em todo o território nacional, utilizando uma abordagem ampla da vigilância e saúde e do território, sendo necessário entender como funcionam e se articulam em um determinado território as condições econômicas, sociais e culturais, como se dá à vida das populações, quais os atores sociais e sua íntima relação com seus espaços, seus lugares.

Devemos, portanto, conhecer as coisas, os objetos, os movimentos e os fluxos desse território. Nele, todos somos atores, todos participamos para conseguir entender os problemas e praticar ações para reduzi-los ou eliminá-los. Temos conhecer, além do setor saúde, as outras estruturas de poder governamental e não-governamental que atuam sobre o funcionamento do território, para estabelecer parcerias entre elas.

É importante ressaltar que, dentro da concepção do território na saúde, está a articulação do setor com outras estruturas político-administrativas, que oferecem serviços como educação, transporte, distribuição de água, coleta de esgotos, de lixo, e de oferta de emprego (Barcellos & Rojas, 2004).

Chamamos a atenção para o potencial existente na articulação das ações do ACS com o Agente Local de Vigilância em Saúde (Avisa) a partir dessa compreensão do território comum, dos processos de trabalho e das competências desses dois profissionais.

Por exemplo, o ACS trabalha com o foco através da referência de sua unidade de saúde (PSF) e de um determinado número de famílias desses territórios, sendo que lhe cabe também a ação em relação à prevenção e ao monitoramento de risco ambiental e sanitário; o Avisa, por sua vez, busca identificar e monitorar riscos e agravos que afetam a qualidade de vida em um determinado território onde lhe cabe o acompanhamento de um número de domicílios, terrenos e ruas.

As informações que esses profissionais possuem poderiam estar potencializando suas ações caso houvesse um trabalho mais articulado, o que permitiria ao ACS um maior conhecimento dos riscos e agravos do território, assim como o Avisa poderia estar conhecendo a organização das famílias, o que lhe seria útil nas mobilizações a serem realizadas junto à população local.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Em relação à atenção básica e ao Siab, é necessário fazer uma reflexão com base no texto “Informação e avaliação em saúde”,⁵ pois existem críticas em relação à pequena abrangência do Siab na medida que o mesmo fica restrito a poucas doenças as quais não refletiriam a realidade local (Silva & Laprega, 2005).

É necessário analisar a utilização do Siab dentro do contexto de expansão das equipes de saúde da família e as constantes alterações em relação à abrangência da atenção básica assinaladas nas Normas Operacionais Básicas e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde e no recente Pacto de Gestão.

Devem-se salientar as observações a esse respeito que apontam “a necessidade de pensar um sistema de informações da atenção básica ou a integração de diversos sistemas de informação em saúde para acompanhar e avaliar as ações deste nível de atenção” (Medina & Aquino, 2002: 147).

Essas mesmas autoras assinalam a dificuldade de pensar o Siab como um sistema de informação que possa ser utilizado para todo este nível de atenção à saúde, pois “não significa mera incorporação de” pedaços

dos sistemas de informações em saúde, a exemplo do que relaciona os procedimentos de atenção básica do SIA-SUS, ou do pedaço do SIAB que foi concebido para o acompanhamento das ações do Pacs/PSF. Ao contrário, a tarefa que está posta é bem mais ambiciosa e exige clareza acerca do que representa a atenção básica e quais os indicadores de impacto desse nível de intervenção sobre a saúde das populações que se deseja medir e acompanhar. (Medina & Aquino, 2002: 147)

Ou seja, trata-se da formulação de um novo sistema de informação que contemple o conceito de promoção da saúde, ampliando o elenco dos eventos de saúde para além das doenças e agravos, e das intervenções, para além das ações coletivas de mobilização comunitária e intersetoriais (Medina & Aquino, 2002).

A recente divulgação do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão reafirma a importância do PSF, sendo este encarado como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, ao mesmo tempo em que insere outras prioridades a serem pactuadas como a saúde do idoso e a promoção da saúde (Brasil, 2006a).

⁵ Texto de Camargo Jr., Coeli, e Moreno, presente no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, desta coleção (N. E.).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Essas prioridades, por sua vez, não encontram por parte do Siab sensibilidade e adequabilidade para estarem sendo inseridas no sistema. Assim, as ações que os ACS possam desenvolver no sentido de abranger essas prioridades, como, por exemplo, a proposta de verificação e registro da carteira da pessoa idosa, que foi lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde, demanda a necessidade de criar mecanismos de integração dessas informações ao Siab.

Por último, gostaríamos de destacar as iniciativas em relação ao monitoramento e avaliação na atenção básica que, nos últimos anos, têm-se desenvolvido a partir, inclusive, do PSF, que atua como indutor desse processo. Essa iniciativa mobiliza o Ministério da Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite, na busca de estratégias de ação necessárias a dar organicidade ao conjunto das diversas iniciativas e processos de trabalho em curso (Felisberto, 2004), entre os quais podemos destacar a reformulação do Siab com o objetivo de transformá-lo em um sistema que seja abrangente de toda a atenção básica.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

FICHA B-DIA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA						ANO													
MUNICÍPIO		SECTOR	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS															
_ _ _ _ _ _ _		_	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _																
ACOMPANHAMENTO DIABÉTICOS																					
Identificação	Sexo	Idade		Meses												Observações					
				Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dz	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai		Jun	Jul	Ago	Set	Out
Nome: Endereço:			data de visita do ACS																		
			faz dieta																		
			faz exercícios físicos																		
			usa insulina																		
			tomou hipoglicemiantes orais																		
			data da última consulta																		
Nome: Endereço:			data de visita do ACS																		
			faz dieta																		
			faz exercícios físicos																		
			usa insulina																		
			tomou hipoglicemiantes orais																		
			data da última consulta																		
Nome: Endereço:			data de visita do ACS																		
			faz dieta																		
			faz exercícios físicos																		
			usa insulina																		
			tomou hipoglicemiantes orais																		
			data da última consulta																		
Nome: Endereço:			data de visita do ACS																		
			faz dieta																		
			faz exercícios físicos																		
			usa insulina																		
			tomou hipoglicemiantes orais																		
			data da última consulta																		

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

FICHA D	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						ANO [][][][]
MUNICÍPIO [][][][][][][][]	SEGMENTO [][]	UNIDADE [][][][][][][][]	ÁREA [][][]	MICROÁREA A [][][]	PROFISSIONAL [][] []-[][][]	MÊS [][]	
REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES							
DIAS ⇨							Total
C N S M E L I C A	Residentes fora da						
		< 1					
		1 - 4					
		5 - 9					
		10 - 14					
		15 - 19					
		20 - 39					
		40 - 49					
		50 - 59					
		60 e mais					
Total							
Total geral de							
Tipo de Atendime nto de Médico e de Enfermeir o	Puericultura						
	Pré-Natal						
	Prevenção do Câncer Cérvico- Uterino						
	DST/AIDS						
	Diabetes						
	Hipertensão Arterial						
Solicitaçã o de exames complem entares	Hanseníase						
	Tuberculose						
	Patologia Clínica						
	Radiodiagnós tico						
Encamin ha- mentos médicos	Citopatológico cérvico- vaginal						
	Ultrassonogra fia obstétrica						
	Outros						
Atend. Especializado							
Internação Hospitalar							
Urgência/ Eme rgência							
Intimação Domiciliar							

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

DIAS ⇔														Total			
P	Atendimento específico para AT																
R	Visita de Inspeção Sanitária																
O	Atend. individual prof. nível superior																
C	Curativos																
E	Inalações																
D	Injeções																
I	Retirada de pontos																
M	Terapia da Reidratação Oral																
E	Sutura																
N	Atend. Grupo - Educação em saúde																
T	Procedimentos Coletivos I (PC I)																
O	Reuniões																
S	Visita domiciliar																
N O T I F I M C A C O E S N F	A	< 2 anos que tiveram diarreia															
	C	< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO															
	S	< 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda															
	F	Pneumonia em < 5 anos															
	M	Valvulopatas reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos															
	E	Acidente Vascular Cerebral															
	D	Infarto Agudo do Miocárdio															
	C	DHEG (forma grave)															
	O	Doença Hemolítica Perinatal															
	E	Fratura de colo de fêmur em >50 anos															
N	Meningite tuberculosa em < 5 anos																
F	Hanseníase com incapacidade II e III																
	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)																
HOSPITALIZAÇÕES																	
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL											
ÓBITOS																	
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA												

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Referências

- BARCELOS, C. & ROJAS, L. I. *O Território e a Vigilância em Saúde – Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BARCELLOS, C.; SANTOS, S. M. & SOARES, M. F. Informação e diagnóstico de saúde. In: EPSJV (Org.) *Informação e Diagnóstico de Situação*. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, Proformar, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Uso e disseminação de informações em saúde: subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. (Relatório Final)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Siab: manual do sistema de informação de atenção básica*. 1. ed., 4.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Operacionais – pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, 2006a. v.1. (Série Pactos pela Saúde 2006)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família. Disponível em: <www.saude.gov.br/psf>. Acesso em: 12 set. 2006b.
- CAMARGO JR., K. R. & COELI, C. M. Políticas de informação em saúde. In: EPSJV (Org.) *Texto de Apoio em Políticas de Saúde*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- COELI, C. M.; SOARES, M. F. & CAMARGO JR., K. R. Sistemas de informação em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. (Mimeo.)
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(3): 317-321, jul.-set., 2004.
- FREITAS, F. P. de. & PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – Siab. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4): 547-554, jul.-ago., 2005
- MEDINA, M. G. & AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUZA, M. F. (Org.) *Os Sinais Vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- RONCALI, A. G. & LIMA, K. C. de. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3): 713-724, jul.-set., 2006.
- SILVA, A. S. da & LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Infor-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

mação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(6): 1821-1828, nov.-dez., 2005.

TASCA, R.; GREGO, C. & VILLAROSA, F. N. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

Humanização da Saúde e a Estratégia da Saúde da Família: explorando alguns dilemas para além da política

Waldir da Silva Souza
Martha Cristina Nunes Moreira

Introdução

O presente texto problematiza a temática da humanização na saúde tendo em vista, primeiramente, uma digressão sócio-histórica sobre as bases do humanismo na sociedade ocidental. Aborda sua diluição na sociedade atual em diversos setores da vida social, na qual é quase sempre qualificada de forma positiva e essencialista, contribuindo para que seja identificada como um bem 'sagrado' ou uma *grife*, como algo que garante uma qualidade efetiva aos procedimentos e ações desenvolvidas no campo da saúde. Em um segundo momento, revemos a Política Nacional de Humanização e suas bases, confrontando o princípio da integralidade com a diretriz da humanização, de forma a trabalhar o tema no interior do processo de trabalho em saúde. E por último, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é tomada como âncora para rever os limites da política de humanização no espectro da atenção básica.

Com isso sistematizamos questões a partir de uma breve revisão bibliográfica acerca do tema da humanização. Centramos a nossa atenção na ESF como um exercício de re-atualização dos princípios da Reforma Sanitária brasileira,¹ iluminando o chamado processo de trabalho em saúde, *lócus* de conflitos passíveis de serem lidos à luz do debate sobre humanização.

Concluimos que discutir humanização significa rever idealizações que, por vezes, desconsideram os limites do humano, inclusive a sua dimensão do

¹ Sobre Reforma Sanitária, ver Baptista, texto "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

conflito como motor de negociação, de pactuação, a forma como os grupos se organizam em seus processos de trabalho, e a maneira como formuladores e gestores encaram as diferenças entre as categorias profissionais. Em um cotidiano que inclui a gestão das políticas e a sua operação pelos atores que se encontram na ponta do processo de trabalho em saúde identificamos a tendência à utilização da locução 'humanização', ou até mesmo ao princípio norteador de que é necessário humanizar as relações e processos desenvolvidos na assistência.

Com relação a essa tendência, refletimos sobre as associações entre os significados do humanismo na sociedade moderna e seus reflexos no setor saúde. Na saúde, este reflexo é reconhecido e conduzido como humanização da assistência, que tem como referência no campo das políticas de saúde o HumanizaSUS, marca da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos enfoques dessa política diz respeito à necessidade de melhorar a capacidade das organizações em atender satisfatoriamente às necessidades e demandas da população no que se refere à saúde – tanto em sua dimensão individual quanto coletiva. E para que isso ocorra é necessário focar a forma como os profissionais de saúde realizam seus processos de trabalhos e produzem saúde.

Alguns Aspectos Conceituais e Históricos acerca da Humanização

A locução humanização nos envia às bases filosóficas do humanismo, permitindo desfazer a ilusão de novidade em seu uso, explorando seus *aggiornamentos*² na atualidade. Os *aggiornamentos*, como assinala Castel (1978), nos impulsionam a um exercício de superação, não dos temas, mas de uma lógica que busca precursores e causas funcionais. Assumimos a posição não da continuidade histórica, mas da reatualização temática, que tanto mantém como transforma. Como exemplo de áreas que abraçam o discurso da humanização de forma mais paradigmática na atualidade, destacamos a área de atenção à saúde, a da administração, a da economia, e até a de serviços.

² A noção de *aggiornamento* deve ser aqui entendida como uma transformação no campo dos saberes e das práticas que inferem uma metamorfose e não necessariamente como uma ruptura total com tradições e perspectivas temporalmente anteriores, ou seja, remete para uma descontinuidade histórica, sem desconsiderar a possibilidade de retorno de determinados conceitos em um momento atual (Castel, 1978).

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na atenção à saúde, este discurso organiza-se em torno ora da política de defesa dos direitos de cidadania, ora em torno de uma discussão que alcança a ética. Na área da administração, a base discursiva é a da qualidade total e a da felicidade na empresa, visando à otimização do trabalho. Na economia, a idéia é resgatar a identificação do homem com o seu trabalho, base para desconstruir a alienação produzida pela mais-valia. Já, na área de serviços, como a de transporte ferroviário, encontramos a idéia de humanização ('Humanização nas Estações') associada à melhoria do acesso às estações e à sua qualidade, enfatizando a pontualidade nos horários e o investimento em escadas rolantes voltados para o conforto de seus usuários.

Considerando que a humanização faz-se presente como um qualificativo positivo, não só no setor saúde, mas em outros setores da vida social, abrimos um parêntese para focar o discurso da qualidade total nas empresas. Destacamos que o mesmo tem por base a necessidade de 're-humanizar' as relações como uma possibilidade de conquistar espaço e relações saudáveis. Essa 're-humanização' contribuiria para a promoção de relações favoráveis a um aumento da produtividade e do diferencial no mercado. No setor saúde, a humanização resgata idéias que falam alto a uma política que entende a saúde como um direito e como cidadania, e até mesmo a perspectiva de compreensão e atenção ao outro. Ou seja, o resgate da sociabilidade perante ao outro.

Identificando o discurso da humanização em outras áreas, recorreremos ao trabalho de Pessoa (2001), que defende a necessidade da humanização da economia. Situado na matriz marxista, identifica o homem como medida da história, e o capital como base de um sistema que aliena esse mesmo homem e o coloca apenas como um instrumento. Para o autor, a tese da humanização significa a conscientização sobre as necessidades pessoais de quem produz e adquire, deixando de haver a prioridade do capital sobre o ser humano. Essa tese não se opõe em certo sentido a uma tradição identificada na filosofia humanística. Isto porque, como detalharemos a seguir, para o humanismo, o homem está situado na história e a ele é dada a condição de liberdade pelo atributo da razão. Uma possível diferença entre a posição marxista e a linhagem humanista – guardadas as devidas diferenças históricas – está na consideração de que para Marx a liberdade de escolha esbarra nas condições de classe, nas condições materiais, na exploração capital/trabalho que aliena o homem de sua consciência de classe, de sua capacidade de organização e até do domínio

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

de si próprio, pois ao se aperfeiçoar em suas atividades, o trabalhador ganha em destreza, mas avilta-se como ser humano. No caso da ação dos agentes comunitários de saúde (ACS), essa discussão pode ser útil para o resgate das condições de proximidade, identificação e repertório lingüístico, como elementos relevantes na aproximação e abordagem desses atores em relação àquelas pessoas a quem eles oferecem suas orientações e cuidados. Se pensarmos sobre o fato de que o recrutamento desses ACS se dá privilegiando a área adscrita pelo programa de saúde, temos grandes oportunidades de superar alguns antagonismos de classe, condição social, valores e entendimentos, já que essas pessoas compartilham um ambiente comum. Essa tese merece um aprofundamento, mas pode resgatar a interlocução entre trabalho, condição humana e produção social.

Realizando uma digressão histórico-conceitual acerca da noção humanização, alcançaremos a filosofia renascentista e seu humanismo redescoberto como o valor atribuído ao homem, não o homem idealizado, mas o homem em seu sentido pleno. Aquele que, como ser mundano, é acima de tudo um ser histórico que intervém sobre a natureza e sobre seu destino, acionando sua razão para fazer de sua presença finita uma presença que busca sua formação, autonomia e felicidade (Abbagnano, 2000). Com base nessa leitura, sobressaem alguns qualificativos da filosofia humanista que nos ajudarão a refletir sobre os possíveis desdobramentos e sentidos da noção de humanização no decorrer das últimas décadas.

Primeiramente, a idéia de que o homem é um ser do mundo, e, como tal, sujeito às paixões e inserido em uma dimensão histórica. Essa historicidade é, ao mesmo tempo, sua liberdade e seu limite, pois lhe dá contexto e lhe coloca diante dos acontecimentos. Sobre estes acontecimentos o homem pode exercer domínio através da razão. Essa mesma razão que lhe permite fazer escolhas, controlar as paixões e impulsos a fim de conquistar sua liberdade e autonomia, como sujeito ético, sem mais ter como limitadores as instituições tradicionais como a Igreja, o Império e o Feudalismo, ou outras imposições da vida social. Pelo contrário, é esse homem do mundo, do conflito e da escolha, da liberdade e do limite que precisa exercitar a arte da política, da negociação, e por que não da guerra e da violência.

Ao contrário dessa visão de homem, mundano e conflituoso, as metamorfoses do humanismo – em algumas de suas mutações/transformações –

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

ganharam força nas idéias, discursos e ações que idealizaram as relações sociais, com vistas a uma harmonia, e a uma essência boa do ser humano. Tal perspectiva desconsidera o fato de que da interação humana fazem parte tanto a cooperação quanto o conflito. Na base da interação humana, está a possibilidade de reconhecer-se e diferenciar-se, e nesse exercício cabe a cooperação e o conflito, que não são necessariamente excludentes. Nessa discussão, o conflito, como uma das muitas possibilidades de expressão das interações humanas, pode, no contexto das relações sociais, abarcar múltiplas estratégias de poder, que imprimem qualidades, valores e modelos. Assim como Simmel (1927), consideramos que a proximidade entre os indivíduos abre espaço para o conflito, pelo fato de essa proximidade emprestar conteúdo ao indivíduo, emergindo suas características singulares. Logo, mais do que somente as qualidades ou conteúdos individuais, interessam as formas que esses conteúdos tomam no contexto das relações, interações e no interior dos processos de trabalho em saúde, que necessariamente dependem de uma equipe, de grupos ou de um conjunto de profissionais que funcionam de forma complementar.

Retornando às bases de um questionamento sobre a necessidade de humanizar a atenção à saúde, ensaiamos que a difusão dessa idéia é decorrente da observação de que, em algum momento no desenvolvimento da prática clínica tradicional,³ a perspectiva da relação entre agente da terapêutica e paciente foi estruturada/orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores de intervenção a ela relacionados. Esta perspectiva se aproxima daquilo que alguns autores denominam “objetualização do paciente” (Campos, 1992; Testa, 1992) ou “coisificação” do corpo biológico (Campos, 2003: 125), que sintetiza as idéias de uma certa autonomia da doença sobre o sujeito humano, de uma supervalorização do corpo biológico e a desatenção para as determinações sociais e culturais do adoecer e do cuidado. Retomando a possibilidade de ação primária em saúde, a prática dos ACS deslocada do ambiente hospitalar, onde a lógica da clínica reducionista impera, podemos pensar sobre as oportunidades que o espaço comunitário possibilita. Isso porque, nesse ambiente, as possibilidades de encontros com a realidade social sem a proteção do dispositivo hospitalar podem permitir a abertura de novos canais

³ Com base na discussão do autor, a idéia de clínica ampliada visa superar a hegemonia de um modelo de ação clínica pautada no reducionismo biomédico que objetiva a doença e perde a complexidade da produção social da doença e do sofrimento que essa provoca sobre os sujeitos.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

de comunicação em direção a uma ampliação dos ideais de saúde com base na convivência, na horizontalidade, na referência e na proximidade. Onde não sobressaem a hierarquia, a centralidade da doença, as rotinas rígidas, o isolamento e as restrições do doente em um ambiente controlado.

Posto isto, abordamos parte da literatura atual referida ao tema da humanização no campo da saúde como eixo central de discussão. A locução humanização remete para alguns a algo perdido, ou abandonado, e que, portanto, merece ser resgatado: a dimensão pessoal. E aqui o sentido do humano é do adjetivo ao qual corresponde uma certa idealização de uma essência capaz de bondade, solidariedade, dedicação, coragem, força. Atributos que remetem, em certo sentido, a uma razão que controla os sentimentos negativos, permitindo ao homem suportar os desafios da doença, da morte e dos impasses subjetivos. Para tanto, a ciência ou o conhecimento, desenvolvidos pela interioridade subjetiva, permitem ao homem o autoconhecimento, expressão máxima da capacidade de autocontrole.

Em alguns autores (Pessini & Bertachini, 2004), a humanização se apresenta como um desafio, reportando a uma crise de humanismo, contextualizada em uma sociedade moderna 'desumanizada'. Para os autores que buscam refletir sobre a humanização dos cuidados em saúde, "a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade" (Pessini & Bertachini, 2004: 1). No argumento por eles desenvolvido, a exclusão, a violência e a iniquidade contribuem para um rebaixamento da solidariedade, da tolerância e da compaixão, com impacto nas instituições de saúde. Assumem, portanto, a idéia de que o contexto macro condiciona e determina, ou, na palavra dos autores, 'espelha' o contexto micro, tanto no que é nobre e virtuoso quanto no que é degradante e aviltante. A tecnologia⁴ aparece no discurso dos autores como algo que contribui para a coisificação da pessoa humana e a sacralização das coisas. Na definição dos autores, a humanização surge acompanhada da necessidade de ampliar o foco do cuidado, desconstruindo uma ação centrada simplesmente na sobrevivência. Para tanto, profissionais de saúde e pacientes devem estar situados como sujeitos de sua própria história. Ao mesmo tempo que os autores defendem a ligação da humanização com a consideração da 'essên-

⁴ Sobre tecnologia, ver Abrahão, texto "Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

cia do ser', suas colocações remetem a uma historicidade do humano, como condição necessária para o 're-conhecimento' do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade.

Em perspectiva, o conjunto da obra de Pessini e Bertachini (2004) evoca um campo de discussões que apela para aquilo que Benevides e Passos (2005: 390) denominaram o bom humano: "uma figura ideal que regularia as experiências concretas". Nesse artigo, os autores, ao criticarem essa retórica que idealiza o humano, associam a humanização a alguns qualificativos que buscam a retomada do homem contextualizado, histórico e engajado em um sentido de ser que transforma e, ao mesmo tempo, é transformado pelas práticas em que se engaja.

No artigo de Puccini e Cecílio (2004), identificamos uma linha de discussão bastante próxima do exercício analítico presente em nosso texto. Os autores buscam relacionar as demandas por mudanças na área da saúde às concepções e valores mais gerais da sociedade. O desafio para os autores reside na busca de uma diretriz da humanização/satisfação que supere os limites das relações sociais vigentes, que intervêm no direito à saúde em uma conjuntura onde predominam políticas públicas propostas por um ideário de Estado Mínimo.⁵ Os autores introduzem o tema da humanização junto com a discussão sobre direito à saúde, abrindo com a exploração das definições de qualidade e com ideais de satisfação do consumidor.

O ideal de direito à saúde perpassa a construção do SUS em diversos aspectos, sendo central a idéia de que esse direito pode ser melhor exercido pelos cidadãos usuários do sistema quando organizados e exercendo um controle social. Por exemplo, são centrais as ações dos conselhos de saúde, das associações de usuários e familiares ligados a patologias, às ações solidárias que buscam fazer valer os direitos por meio do recurso ao Ministério Público. Essas ações se fazem cada vez mais presentes em um momento de crise econômica, em que o Estado cada vez mais se ausenta no seu compromisso com os gastos necessários à manutenção da saúde de determinados grupos. Um exemplo flagrante veiculado recorrentemente na mídia pode ser apontado na necessidade de alguns portadores de hepatite de terem a garantia de um medicamento

⁵ Sobre Estado Mínimo, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

necessário à sua vida. Nesse caso, a discussão é garantir determinados medicamentos para grupos específicos, que sobrecarregam, por exemplo, as instâncias municipais. Isto significaria retirar de muitos para focalizar em poucos?

A Política de Humanização pela Perspectiva do Processo de Trabalho em Saúde

Como exposto anteriormente, a idéia ou a necessidade de humanizar algum aspecto da vida social não é algo novo no campo das práticas sociais. Tal idéia reatualiza-se no campo da saúde, pois há uma compreensão de que tal proposição seria algo recente. Contudo, cabe assinalar que no campo da saúde encontramos tal proposição, atribuída fundamentalmente ao espaço hospitalar, já em meados do século XX em obras como de Camignotto (1972), Feldmam et al. (1973), Gelain (1968), Leclainche (1962) e March et al. (1973).

A discussão anterior aponta para duas perspectivas centrais na discussão sobre humanização: primeiro, a necessidade de perceber que há na sociedade atual um discurso que investe na marca humana como um valor associado a uma 'grife' de qualidade. Para isso é preciso para essa retórica associar ao humano um conjunto de idealizações que pretendem garantir que o conflito e os dissensos não ocupem um espaço digno de produção de sentido. A segunda desloca-se dessa idealização e vai ao encontro da necessidade de enfrentar a locução humanização tendo em vista um investimento na ressignificação das relações sociais comprometidas com o campo, no qual a subjetividade⁶ é produzida com enfrentamentos, posições diferenciadas e negociações. Essa segunda perspectiva está na base da atual Política Nacional de Humanização de Assistência à Saúde (PNH). Para esta política, é preciso reconquistar o lugar do sujeito enfermo, reconhecendo seus direitos, e, ao mesmo tempo, explicitar as reais condições em que se dá o processo de trabalho em saúde⁷ e o papel central dos profissionais de saúde na encruzilhada entre técnica, ética e

⁶ A idéia de subjetividade aqui exposta relaciona-se à condição humana no que se refere aos valores, conceitos, crenças no contexto de uma produção social e não a um entendimento de um sujeito isolado e abstrato cuja intimidade não dialoga com as condições sociais nas quais se insere.

⁷ Sobre o processo de trabalho em saúde, ver Ribeiro, Pires e Blank, texto "A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

política. O antecedente político da PNH pode ser estabelecido pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tinha como “princípios fundamentais o respeito à singularidade dos hospitais e a estreita cooperação entre os diversos agentes que compõem o SUS – o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições hospitalares” (Brasil, 2002: 7).

Tal programa estava centrado na figura do hospital como campo de intervenção privilegiado, lugar de relações verticalizadas, orientadas por instrumentos normativos, que devem ser aplicados e operacionalizados, na busca de realização de metas e índices independentemente de sua resolutividade e qualidade.

Já a proposta de uma política nacional de humanização, denominada HumanizaSUS, caracteriza-se por sua proposta transversal e abrangente, configurando-se como um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, ou seja, para todos os níveis do sistema e das ações em saúde, não abordando somente o espaço hospitalar. Coloca-se assim como uma construção coletiva ao acionar todos os envolvidos no campo da saúde (Brasil, 2004). Não está na base de sua emergência a idéia de que somente um nível, no caso da atenção especializada, ou ainda, somente as ações voltadas ao *locus* hospitalar careceriam de intervenções ‘humanizadoras’. A humanização como uma política transversal supõe ultrapassar as fronteiras dos diferentes saberes e poderes presentes na produção da saúde. É ao encontro a esta perspectiva que consideramos pertinente pensar tal política, seu alcance e impacto em ações, como a ESF. Para além de uma necessária discussão sobre o debate em torno do termo ‘humanização’, acreditamos importante apresentar as bases da política nacional de humanização como contexto no qual alguns conceitos ganham centralidade: processo de trabalho em saúde, produção de subjetividade e cuidado em saúde.

Para a PNH, atribui-se ao termo humanização um sentido positivo que engloba as seguintes perspectivas: 1) Valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; 2) Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; 3) Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. Podemos então considerar que a PNH tem como eixo norteador a construção de relações

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

mais horizontais entre profissionais e usuários, enfatizando esses últimos como sujeitos que precisam ter os seus direitos garantidos.

Deslandes (2004) apresenta uma importante análise acerca do discurso oficial sobre a humanização. Embora a autora não empreenda uma análise sobre a Política Nacional de Humanização, reconhecida como HumanizaSUS, seu trabalho contribui para o desvelamento dos sentidos da humanização, que, muito embora referida à assistência hospitalar, não deixa de, ao nosso ver, ter seus sentidos reatualizados no discurso atual da política transversal de humanização à saúde. Como diretriz central da proposta de humanização e que possibilita o diálogo entre os três sentidos anteriores, a humanização aponta para a necessidade de ampliação do processo comunicacional. De qualquer forma, o chamado projeto/processo de humanização está, segundo Deslandes, voltado para a melhoria da qualidade da atenção prestada, com um possível acréscimo na capacidade de reflexão e crítica acerca dos modelos e ações em saúde. Ao final do texto da autora, podemos retomar um argumento, qual seja: a associação entre ideário da humanização enquanto uma 'grife' ou uma marca que vai gerar uma diferenciação e uma capacidade de destaque àqueles que a utilizam. Dessa forma, torna-se necessário aumentar o grau de reflexividade acerca do seu uso como um conceito que orienta práticas, às custas de perdermos seu possível potencial transformador e incorremos na armadilha da mera repetição de uma palavra de ordem vazia e sem sentido.

Muito embora o processo político englobe demanda, formulação e operação no cotidiano, daremos destaque à centralidade do processo de trabalho em saúde. Isto porque é nesse nível que mais diretamente são construídas as relações de adesão ou recusa àquilo que é proposto pelos formuladores e gestores. Aos usuários é garantida uma parcela de co-responsabilidade no processo político pela perspectiva da representação e do controle social. No entanto, no cotidiano da atenção à saúde aos usuários fica reservado o lugar de coadjuvantes, na medida em que o ideário profissional e o imaginário social investem na técnica a possibilidade de resgate dos processos de saúde, recuperação e cuidado. No contexto da prática dos ACS, vemos materializadas as noções de referência e contra-referência por meio da mediação que os mesmos produzem quando contribuem para a ampliação do diagnóstico por meio de informações detalhadas com base no cenário da unidade familiar e da rede que a constitui. Nesse sentido, eles se

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

tornam operadores de uma política de saúde cuja base está apoiada em uma estratégia comunitária de vizinhança e aliança em prol da promoção da saúde.

Assim, é necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado realmente humanizado. Tal preocupação se concretiza no fato de que quase sempre tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho extremamente precarizados, em decorrência de baixos salários, realização de jornada dupla e até mesmo tripla, sobrecarga de trabalho devido ao *deficit* ou insuficiência de recursos humanos e materiais em seus aspectos qualitativos e quantitativos, alta carga de *stress* provocada por mecanismos de tensão e pressão tanto dos chamados chefes superiores quanto dos próprios usuários do sistema.

Tais questões experienciadas pelos trabalhadores da saúde, como bem assinalam Casate e Corrêa (2005), contribuem para um processo de trabalho mecanizado. As autoras apontam o fato de que as propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, pois, segundo elas, tal processo ainda está centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado, apresentando por vezes algumas tentativas isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade. Nesta direção, Ceccim e Feuerwerker (2004), utilizando o conceito de integralidade da atenção à saúde,⁸ como um princípio norteador da qualidade da atenção, preconizam as transformações nas graduações com novas diretrizes curriculares nacionais guiadas para as necessidades do SUS e da população. Essa mudança nas graduações de saúde se configura como uma política pública a ser assumida pelo Estado. Os autores consideram o processo saúde-doença como um fenômeno complexo e não-restrito à biologia, construindo a base de uma prática integral. Essa consideração contribui para ampliar a base conceitual da ação de cada profissional na direção de uma configuração de equipe voltada para a multiprofissionalidade, potencializando cada ação. O conceito de integralidade se dirige, portanto, à produção de saúde e não só ao tratamento.

Iluminamos a dimensão do trabalho como parte constitutiva essencial da produção de saúde. O foco recai sobre os trabalhadores e seus processos de

⁸ Sobre integralidade e demais princípios do SUS, ver Matta, texto "Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

trabalho e qualificação profissional. Se partirmos da humanização, então, é preciso dizer que o trabalho constitui-se como elemento que significa a dimensão humana nos sentidos de reconhecimento, produção e realização pessoal. Contudo, sabemos, com base em Ricardo Antunes, que o trabalho ocupa um papel central na história da realização do ser social, permitindo a produção e reprodução de sua existência, considerando que esse trabalho tem por base os laços de cooperação social. De acordo com a sua perspectiva, baseado em outros teóricos, tais como Marx e Lukács, “o trabalho é o ponto de partida para a humanização do ser social e o motor decisivo do processo de humanização do homem” (Antunes, 1995: 123). É preciso que se diga com base no próprio autor que se o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social, também ele acaba por ser degradado e aviltado, passando a ocupar um lugar de estranho, já que deixa de propiciar uma realização e se converte por meio do processo de trabalho em apenas função de subsistência. Com isso, a força de trabalho torna-se mais uma mercadoria que vai produzir mercadorias, e o trabalho se transforma em meio e não em necessidade primeira de realização humana.

Com relação à categoria processo de trabalho, é importante reportar que a mesma, segundo Merhy (1994), está interligada às opções tecnológicas que fazem parte das práticas em saúde. E aqui a tecnologia não deve ser discutida e nem muito menos reduzida ao equipamento, mas deve ser caracterizada como a relação estrita entre saberes, finalidades e os conceitos centrais no universo do mundo humano, quais sejam: saúde, doença, normal, patológico, vida e morte. Tudo isso demarca uma linguagem, que, mais do que consensos e concordâncias, pode revelar, outrossim, dissensos e conflitos no cotidiano de um trabalho em que profissionais de diversos níveis e especialidades atuam.

Para Merhy, as tecnologias que caracterizam o processo de trabalho em saúde são quase todas do tipo leve, pelo fato de estarem referidas às sabedorias, experiências, atitudes, compromissos e responsabilidades dos diversos atores em saúde. Para Schraiber (1996), as ações de saúde englobam as dimensões valorativas, de tomada de decisão e de mediação no lidar com pessoas, demarcando um exercício ético, em que as ações transformadas em intervenção definem um viver. Na terapêutica de doenças crônicas, segundo a autora, essa dificuldade das intervenções técnicas se complexifica, pois está associada às mudanças de comportamento, restrições e sofrimentos ao paciente. Por

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (...)

exemplo, no caso de crianças portadores de diabetes, é preciso a construção muito precoce de noções de autocuidado e gerenciamento da doença que lhes permitam enfrentar as limitações e o prazer muito comum de consumir doces. A associação entre infância e consumo de doces faz parte do imaginário social e é muito forte na construção da subjetividade infantil. Pensando que essa criança virá a ser um adulto, é preciso que essa noção de cuidado com a saúde, gerenciamento alimentar e restrição de determinados alimentos seja desenvolvida e construída de forma negociada. A reflexão proposta por Schraiber (1996) inspira associações com a conceituação do cuidado em saúde como um cuidado essencialmente clínico, pois a base desse cuidar se funda na comunicação por parte do paciente de sua experiência e vivência de adoecimento.

Segundo Silva (2005), o processo de trabalho em saúde caracteriza-se por uma identificação entre o bem desejado, no caso a saúde, pela perspectiva dos usuários, e o produto da ação dos trabalhadores atribuído ao ato cuidador. Assim, o bem produzido e a ação estreitam os laços entre trabalhadores e usuários em um processo complexo de encontros, desencontros, conflitos na dimensão da produção de subjetividades. Tal identificação, que reside no nicho humano, torna-se tanto um espaço possivelmente transformador quanto um campo sujeito a mecanismos de recusa, de proteção e de sobrevivência. Ou seja, por lidar com aquilo tudo que toca mais fundo ao universo humano, como descrito por Merhy (1994), é possível que a saúde-doença, como um processo a que todos estão sujeitos, mobilize sentimentos mais diversos e as reações mais ambíguas.

Por exemplo, um trabalhador da saúde, seja de nível superior ou nível médio, lida com o cuidado à saúde e o manejo de situações críticas derivadas do adoecimento como um material de seu processo de trabalho. Esse mesmo trabalhador está sujeito a adoecer, sofrer com a doença de quem está cuidando, sentir as dores de uma morte e, portanto, ele está exposto a um processo contínuo de identificação. Tal processo, muitas vezes, por ser tão difícil de ser enfrentado, conduz a estratégias por parte do sujeito trabalhador de proteção, de defesa contra a dor, a morte, a doença e o sofrimento. Durante a formação acadêmica nas áreas de saúde, os estudantes aprendem como se defender de tais situações assumindo uma posição de neutralidade, distanciamento e não-envolvimento.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Na direção das discussões acerca da humanização e do processo de trabalho em saúde, uma das locuções presentes diz respeito à integralidade. Mattos (2001) defende que a integralidade comporta uma série de valores cruciais no cotidiano das políticas de saúde, que merecem ser revisitados e defendidos. A integralidade está intrinsecamente associada à capacidade e à sensibilidade dos profissionais de saúde de abordarem as situações, se confrontarem com limites de sua ação e procurarem incorporar revisões e redefinições de seus processos de trabalho. Qualquer um dos três sentidos da integralidade apontados pelo autor – princípio orientador das práticas; princípio organizador das políticas; princípio organizador do trabalho – implica “uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (Mattos, 2001: 61).

A integralidade retomada nas discussões contemporâneas, defendida por autores como Mattos (2001), reafirma muitos dos temas que a PNH evoca como princípios. A diferença talvez seja que a integralidade, como princípio, está na letra constitucional, no capítulo da saúde, ao passo que a humanização surge como uma tendência das últimas décadas, mais precisamente dos anos 2000 – apesar de encontrarmos na literatura referências a tal discurso desde a década de 1960 (Casate & Corrêa, 2005). No campo da saúde, apontamos que em conjunturas diversas os agentes sociais atuantes/dominantes do sistema realizam o que Bourdieu (1983) denominou produção de bens sagrados.

Tais bens são confirmados e instituídos pelos agentes, que, ao participarem do jogo, estabelecem a ideologia da criação, pois, para que o sistema funcione, é preciso difundir uma crença coletiva e, por seguinte, legitimá-la. É através das redes de legitimação, nas quais há relação de recorrência, qual seja, crença-legitimidade-crença, em uma visão mais radical, que se instaura a base de construção das verdades no campo científico, no nosso caso, mais especificamente o da saúde. Por exemplo, o ensino nas formações da área da saúde parte do pressuposto de que é preciso evitar situações de envolvimento e diálogo mais aberto e próximo em relação aos usuários, tendo em vista que a crença em que se baseiam é de que, sendo difícil a atuação com os temas da vida e da morte, das emoções humanas, é preciso instituir uma prática em que o agente técnico se proteja e, ao mesmo tempo, perpetue uma aura sagrada sobre a sua prática, garantindo o fechamento de sua competência e ação. Esse aprendizado apresenta-se contraditório aos ideais da integralidade e da

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

humanização como possibilidade de instituição de diálogo, protagonismo na construção da saúde, acolhimento e negociação.

Essa tradição de ensino remonta ao ideal de uma ciência cartesiana, em que é possível separar pensamento e emoção, a fim de construir uma lógica de neutralidade e isenção sobre a construção dos fatos científicos. E abre brecha para a recusa da legitimidade do conhecimento do senso comum e de outras racionalidades que não a biomédica e acadêmica para explicar e enfrentar as causas de um mal-estar ou de uma doença, como exemplo podemos citar as resistências à arte das benzedeiras, à ação das parteiras, à utilização de chás e plantas medicinais, às chamadas práticas populares. Essa arte de usar o comum para curar faz parte da realidade cotidiana, sendo transmitida de geração em geração. É com essa realidade que os profissionais da ESF e os ACS tomam contato no desenvolvimento de suas intervenções.

Humanização e Saúde da Família: alcance da política

Segundo Mendes (1995), a Reforma Sanitária brasileira coloca três aspectos fundamentais: primeiro, situa a saúde como um conceito abrangente, historicamente datado, relacionado às dimensões da vida como resultado das formas de organização social da produção. Segundo, a saúde é apresentada no terreno político como direito de cidadania⁹ e dever do Estado, daí se propõe a transição de uma cidadania regulada (base das políticas compensatórias) para uma cidadania plena (direito de todos às ações de saúde). Terceiro, situa-se a saúde na sua dimensão estratégica e programática, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) assentado nos princípios da universalidade, da integralidade das ações, descentralização e do controle social por meio do incentivo da participação popular.

Com um cotidiano organizacional marcado por fatores que produzem uma baixa efetividade das ações de promoção e assistência às necessidades de cuidado apresentadas pela população, identifica-se a premência de (re)pensar a estrutura operativa do chamado processo de trabalho em saúde. Quase sempre, senão sempre, as discussões acerca do processo de trabalho conduzem

⁹ Sobre cidadania, ver Reis, texto "Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

para uma caracterização da abordagem histórica, em que então, ramificamos a discussão, espelhados por seus três elementos constituintes clássicos, apontados por Marx, quais sejam: a atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho; o objeto, que seria a matéria que se aplica o trabalho; e os instrumentos de trabalho (Marx, 2001).

No caso da saúde, o processo de trabalho de seus profissionais tem como elemento focal a efetiva busca da promoção da saúde, a qual tem como base as ações de assistência e cuidado. O cuidado realiza-se exatamente no cotidiano dos processos terapêuticos. Daí torna-se necessário discutir a micropolítica¹⁰ desse cotidiano. É nesse espaço que se situam os atores políticos, ocupando e construindo o cenário das práticas sanitárias. Profissionais de saúde e usuários dos serviços precisam recuperar seus lugares como sujeitos de fato e de direito. Uma dimensão que retoma o humano naquilo que lhe é mais próprio: suas possibilidades de exercer autonomia e responsabilizar-se por suas práticas, ultrapassando um lugar de objetualização como simples *locus* operativo da terapêutica e alcançando sua dimensão de sujeito da história. Não só os usuários são objetos de uma prática ou de um sistema de saúde, mas os próprios profissionais quando perdem a capacidade de refletir sobre sua prática e sua história.

Nesta discussão, sublinhamos os preceitos que associam humanização da saúde a uma análise do processo de trabalho em saúde, considerando as práticas e saberes de profissionais, usuários e gestores. Por exemplo, é importante que na relação com o usuário o profissional de saúde de nível médio ou superior possa primeiro buscar entender qual a compreensão dessa pessoa sobre o seu processo de sofrimento e/ou mal-estar com uma determinada doença para assim permitir um diálogo que não esteja referido a uma ação pautada em informações regras, e normas. Mas, partindo do diálogo, torna-se possível alcançar o circuito que parte da compreensão do próprio sujeito e chega a uma negociação com tudo aquilo que o conhecimento técnico pode oferecer como campo de possibilidades para ampliação e construção do

¹⁰ A micropolítica do cotidiano é definida como campo onde os sujeitos produzem significados, valores, crenças apropriando-se ou recusando determinadas imposições ou negociando com ordens de saberes e práticas produzidas e reproduzidas no relacionamento entre sujeitos cujos papéis são desde sempre políticos. Uma política não remetida ao contexto da formulação, do partido político, do localizado no Estado, mas diluída no cotidiano, nas interações e negociações.

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

autocuidado. Da mesma forma, a relação do gestor com o profissional e do profissional com outro profissional precisa ser construída com base em um processo dialógico, ou seja, de negociação e divisão de responsabilidades. É no interior deste quadro que propomos repensar a dinâmica e o cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família frente às bases propostas pela Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde. Apesar do conjunto de proposições de transformação da assistência à saúde, o cotidiano da atenção e organização das equipes de Saúde da Família ainda apresenta questões a serem enfrentadas: o processo de qualificação e reconhecimento do trabalho dos níveis médio e auxiliar de enfermagem, tendo em vista o quantitativo desses profissionais e seu espaço de reflexão e transformação de valores na relação com os profissionais de nível superior.

Nos documentos iniciais do Programa de Saúde da Família (PSF) (Brasil, 1994, 1997), sobressai mais a preocupação com a satisfação do usuário, como veremos no decorrer da presente sessão, do que a revisão de alguns nós críticos no interior do processo de trabalho, que incluem as diferenças de remuneração e de *status* entre as categorias que integram as equipes. Enfrentar a temática da humanização, construindo uma atenção diferenciada, significa discutir esses impasses que evocam as relações profissionais no interior de uma estratégia que pretende reativar os princípios centrais de um sistema de saúde equitativo e universal.

A locução humanização está nas diretrizes do PSF articulada à idéia de que um melhor atendimento se relaciona a uma integração entre a equipe do programa e a comunidade (Brasil, 1994; Cordeiro, 1996). Na base desse processo, encontra-se a importância de proporcionar uma maior satisfação do usuário como ponto de partida e chegada. A humanização centra-se no usuário como ator principal cuja satisfação deve ser garantida. Em uma passagem (Brasil, 1994), aparece a referência à internação domiciliar qualificada pelo bem-estar propiciado pela humanização dos cuidados, de tal forma que o internamento hospitalar possa ser garantido quando necessário, mas subentendendo-se que o domicílio possibilita uma internação mais humanizada que no espaço hospitalar.

De acordo com a problematização de Levcovitz e Garrido (1996), a responsabilidade e o vínculo não são garantidos por decretos. A necessidade de pensar o PSF (atual Estratégia Saúde da Família) como uma proposta substitutiva significa investir em um novo profissional que repense sua prática no interior de

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

uma perspectiva de transformação do modelo de atenção à saúde. A noção de vínculo comparece no texto dos autores articulada à revisão de um modelo assistencial integrado no sistema local de saúde e responsável pelo usuário que a ele está referido. O vínculo se associa ao compromisso com uma prestação de serviços qualificada pela referência e contra-referência. Vale ressaltar que a noção de vínculo torna-se essencial na discussão em que o tema da humanização é iluminado. Na micropolítica das relações cotidianas estabelecidas entre profissionais, usuários e gestores não só cabem os planejamentos acerca dos fluxos gerenciais e organização do sistema, mas merecem ser considerados os valores, expectativas, visões de mundo, crenças, e significados do processo saúde/doença/cuidado.

Em outro documento, a temática da humanização aparece vinculada a um dos objetivos do PSF no que se refere à necessidade de “humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população” (Brasil, 1997). A humanização está associada ao significado da vinculação que possibilita a democratização do conhecimento do processo saúde e doença, desenvolvimento da cidadania e estimulação do controle social. Observamos uma mudança nos conteúdos do documento de 1997 em relação ao documento de 1994, qual seja: a ênfase antes atribuída no documento de 1994 ao usuário como foco central das ações as quais visam a garantir a sua satisfação, já no documento de 1997, o foco passa a ser a construção de um vínculo entre profissionais e população. Dessa forma, a leitura do ideário de 1994 remete mais a uma perspectiva centrada no usuário como cliente, e a de 1997 aproxima-se da idéia de uma ordem negociada entre profissionais e usuários, cuja base é a garantia do direito à saúde e da cidadania.

A ação estratégica da saúde da família estabelece uma diferenciação no interior da sua lógica operativa, em relação a outros programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, pois tal ação se efetiva como estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo em vista a atenção básica. Contudo, mesmo havendo tal reorientação, alguns dilemas antigos se fazem presentes ou recorrentes, como: insuficiência de profissionais com o perfil exigido por tal concepção; modalidades diversas de contrato de trabalho; vínculos trabalhistas precários; sobrecarga de atividades; alta rotatividade e insatisfação profissional; conflitos de integrantes das equipes Saúde da Família com poderes ou membros da co-

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

munidade; não-atendimento satisfatório das demandas; precariedade das condições de trabalho etc. Essas questões geram efeitos negativos para a qualidade do trabalho das equipes de saúde da família. A discussão desses efeitos negativos é assinalada em boa parte da literatura referente a essa estratégia (Matumoto et al., 2005; Silva & Trad, 2005; Alves, 2005; Scherer, Marino, & Ramos, 2005). Identificamos um nicho temático que diz respeito à organização do trabalho, aos padrões de atuação individual e coletiva, às implicações de um processo de trabalho mais voltado para procedimentos do que para cuidados. Tudo isto faz referência à interface entre processo de trabalho em saúde e humanização de suas práticas.

Essas análises demonstram que o campo de ação em saúde da família, muito embora deslocado do âmbito hospitalar e da centralidade de único papel profissional, ainda carece de reflexões acerca da forma como se estruturam ações e processo de trabalho. Com isso, fica claro que são as práticas profissionais que precisam estar permanentemente em análise, já que essas práticas, mais do que reportar-se a organizações sociais, reafirmam instituições muito fortemente comprometidas com jogos de poder, saber, interpretações que atravessam a produção de trabalho em seus diversos níveis. Considerando isso, reafirmamos a necessidade de refletir sobre o fato de que, mesmo fora do hospital, e relacionada à comunidade, uma prática de saúde pode estar desconsiderando os princípios de participação e de integralidade. Não há garantias *per se* da ausência de jogos de poder, de saber, autoridade e hierarquia em um espaço não-hospitalar, isso porque esses mecanismos estão diluídos no universo dos valores e crenças socialmente compartilhados.

Dessa forma, cabem algumas reflexões sobre a maneira como na área da saúde se estrutura o processo de trabalho com base na multiplicidade dos conhecimentos. Estes precisam ser alinhavados na construção de um projeto que integre o trabalho em equipe de caráter interdisciplinar. Por exemplo, a possibilidade de que a construção de um projeto terapêutico para um determinado paciente seja sempre baseada em uma discussão de uma equipe que tenha por hábito o encontro para avaliação das ações implementadas com base na situação identificada, dos problemas e limites colocados pela prática, e sempre que possível a ação dos profissionais possa ser construída pela presença em campo de profissionais de categorias e níveis diferentes, ao menos em dupla. Uma ação interdisciplinar está baseada na possibilidade de discussão perma-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

nente sobre os limites e competências de cada profissional, suas dificuldades à necessidade de acesso à ampliação da compreensão sobre os significados da doença para o próprio usuário.

Nesta direção, Matumoto et al. (2005) apontam que um trabalho em equipe reproduz a dinâmica das relações sociais. A divisão social e técnica do trabalho apresentam-se como um obstáculo no desenvolvimento das tarefas de cada profissional. As autoras afirmam que no processo de trabalho da equipe de saúde a divisão social fica mais clara, principalmente no contexto da produção de cuidados. As autoras utilizam a prática de supervisão das equipes da Saúde da Família como um dispositivo para enfrentar os conflitos, preconceitos, pré-concepções dos trabalhadores em relação à saúde dos usuários.

Com relação ao trabalho de Silva e Trad (2005), a análise recai sobre os fatores identificados como restritivos à interação comunicativa entre os profissionais da ESF, com vistas à construção de um projeto comum. As diferenças entre os profissionais de nível superior e os profissionais de nível médio são apontadas no interior de uma discussão em que o trabalho de equipe parece carecer de integração com o recurso a atividades que propiciem unidade, espaço e controle do processo de trabalho, com o propósito do cumprimento dos fins estabelecidos. Além disso, são apontadas como entraves ao trabalho em equipe, base do processo de trabalho da ESF, as deficiências na capacitação da equipe. A qualificação dos agentes comunitários¹¹ é apontada como uma necessidade que pode contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber com repercussões sobre as relações de poder no contexto do trabalho.

Em Alves (2005), identificamos a articulação entre a proposta de criação de um modelo de educação em saúde para estratégia do PSF, visando à reorganização da atenção básica. Nessa direção, reconhecem-se algumas necessidades: reorientação das práticas de saúde e renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida. Para tanto, a autora afirma que o PSF como “estratégia de

¹¹ Sobre a qualificação dos agentes comunitários de saúde, ver Morosini, Corbo e Guimarães, texto “O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções do trabalho e da formação profissional”, no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho” (Alves, 2005: 49).

Por fim, Scherer et al. (2005) apontam que o SUS representou uma ruptura com o modelo biologicista e mecanicista na saúde, centrado na doença, representando um reordenamento jurídico-institucional, ao passo que a ESF vem contribuir com uma proposta de mudança no modelo de atenção à saúde. No entanto, o PSF enfrenta dificuldades na ruptura com o modelo hegemônico¹² em virtude da verticalização deste programa, da sua gestão centralizada e da desconsideração das diferenças regionais de perfil epidemiológico. Com relação ao que vimos trabalhando até aqui sobre a centralidade de repensar o processo de trabalho em saúde e o papel dos profissionais de saúde e sua capacitação nesse processo, as autoras afirmam que “a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado seja um dos entraves à ruptura [com o modelo hegemônico]” (Scherer, Marino & Ramos, 2005: 64).

Em resumo, nos textos de Matumoto et al. (2005) e Silva (2005), a análise recai sobre o universo que conforma as relações no interior das equipes da ESF, pela perspectiva da supervisão das equipes, que aumentaria a reflexividade sobre o processo de trabalho, por outro lado, repensando a qualificação do segmento dos ACS percebidos como atores estratégicos pelo vínculo identificatório de origem com a comunidade adscrita. Já em Alves (2005) e Scherer et al. (2005), a análise privilegia as relações macropolíticas na referência à discussão das bases epistemológicas do PSF e do planejamento das ações.

Na exposição sobre o PSF e nas análises empreendidas acerca de seus nós críticos e/ou avanços, percebe-se a urgência de enfrentar novos e velhos desafios: remuneração, qualificação, posições e papéis profissionais, planejamento e reestruturação do sistema de atenção à saúde, dentre outros. Nesse cenário, em que o PSF nos serviu como exemplo de uma estratégia que, mesmo

¹² Tal referência diz respeito à presença de um conjunto de ideais, normas e saberes que produzem práticas, que no decorrer da história buscam afirmar-se frente a outras por meios de mecanismos de reafirmação e luta pelo poder de um determinado setor ou segmento da sociedade. Esta noção pode ser mais bem detalhada na obra de Antônio Gramsci. Scherer et al. (2005) situam esse modelo hegemônico na saúde como de base flexneriana.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

localizada fora do eixo hospitalar e idealizada como uma forma de retomar os princípios de uma saúde universal, regionalizada, eqüitativa e promotora e vida, revive algumas crises que são por excelência intrínsecas ao campo das práticas em saúde, e mais precisamente ao processo saúde/doença/cuidado.¹³ Ao nosso ver, é necessário retomar um projeto de humanização da atenção à saúde em associação às análises micro e macropolíticas, em direção à retomada da complexidade inerente ao cotidiano e ao humano.

À Guisa de Conclusões

Reconhecemos a urgência de perceber a diversidade que marca a presença da produção de subjetividade nas práticas profissionais no setor saúde. Ainda que reconhecendo conquistas e avanços, faz-se necessário discutir nichos de problemas na dimensão das políticas de humanização na área da saúde. Como um desses problemas, assinalamos o fato de que, ao mudarmos estratégias, não necessariamente alcançamos uma transformação real no nível das ações, valores, significados e práticas com as quais os sujeitos se encontram envolvidos cotidianamente. É importante sublinhar e desnaturalizar o possível maniqueísmo entre práticas identificadas como tradicionais e estratégias inovadoras como, por exemplo, a saúde da família. Tal desnaturalização beneficia a instauração de processos mais reflexivos, necessários ao quadro complexo da realidade sanitária e social brasileira.

De uma forma mais geral, assinalamos a capacidade de o termo humanização vir associado à atribuição de qualidade a quem a utiliza, seja em que área for. Essa capacidade desdobra-se no que demarcamos como seu potencial de 'grife' ou marca, diluída na sociedade, constituindo jogos de força, simbolismo na direção de tornar-se um 'bem sagrado' no sentido bourdieusiano – reportando à obra de Pierre Bourdieu, sociólogo francês que discute, dentre outros pontos, o papel das instituições escolares na produção e reprodução dos ideais vigentes na sociedade. A diluição do termo humanização na sociedade atual em diversos setores da vida social, qualificado com um tom positivo, essencialista, contribui para que seja identificado como um bem sagrado ou uma *grife*.

¹³ Sobre o processo saúde/doença/cuidado, ver Batistella, texto "Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica" e "Abordagens contemporâneas do conceito de saúde", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Um dos aspectos suscitados pela reflexão e análise de parte da bibliografia referida ao tema da humanização na saúde aponta para o fato de que essa temática caminha *pari passu* com os debates sobre o princípio da integralidade (Mattos, 2004; Conill, 2004; Ceccim & Feuerwerker, 2004). Destacamos que a produção bibliográfica na área da saúde sobre a temática da humanização e da integralidade ganha força na conjuntura dos anos 2000, principalmente a partir de 2004. Essas discussões defendem a retomada do tema do humano, das considerações acerca dos processos de produção de subjetividade, do enfrentamento dos mecanismos de despersonalização e objetualização experienciados tanto por usuários quanto por profissionais. O campo da produção de saúde inclui trabalhadores e usuários em mecanismos complexos de identificação, diferenciação, hierarquização e jogos simbólicos de força, poder e reprodução.

Com relação ao campo da saúde da família, um dos aspectos prementes de discussão no conjunto de uma estratégia definida como substitutiva ou reorientadora de um modelo de saúde está na possibilidade de repensar o processo de trabalho nos temas da desprecarização que envolve, por exemplo, a profissionalização dos ACS. Empiricamente destaca-se o dilema identificado pelos ACS no que se refere à precarização de seu trabalho e o lugar ocupado pela qualificação profissional como uma estratégia de geração de estímulos para a construção de políticas de saúde mais sintonizadas com as demandas dos usuários do sistema (Ramos, 2006).

Neste contexto, há a urgência de refletir sobre a qualificação profissional que permita um aprofundamento de conhecimento, mas também um aumento no grau de reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a importância de suas ações para a transformação da atenção básica. É preciso enfrentar, no interior das equipes de Saúde da Família, o tema da desprecarização, identificando os papéis que cabem a cada segmento profissional no interior das equipes na direção da construção de uma proposta interdisciplinar. Enfrentar esse cenário significa investir nos processos que aumentem a sinergia das ações da política nacional de humanização no espectro da atenção básica, associando a qualificação profissional ao acolhimento das questões levantadas pelos trabalhadores e que têm alcance na realidade da atenção aos usuários.

Os ACS ocupam um papel relevante como possíveis agentes promotores de ações que possibilitem o autocuidado dos usuários com relação a sua própria

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

saúde. Isso porque, ao serem recrutados na própria comunidade, eles já conseguem estar mais próximos das redes informais de conhecimento, adesão e escolha de tratamentos, informação, apoio e suporte que são fundamentais para a ampliação do processo de escuta e de promoção de saúde.

A partir da análise aqui empreendida, ressaltamos a urgência de reconhecer a presença de sentidos diversos sobre o tema da humanização. Essa diversidade não significa um fator negativo, mas demonstra a heterogeneidade do campo e dos atores que constroem os significados tendo em vista determinados lugares e posições sociais. Ressaltamos que a existência de uma PNH não deve uniformizar em um único discurso as ações, mas enfrentar os desafios dessa diversidade, propiciando o aumento do grau de reflexividade dos atores sobre a suas práticas.

Referências

- ABBAGNANO, N. *História da Filosofia*. Lisboa: Editorial Presença, 2000. v.5.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16): 39-52, set.2004-fev.2005.
- ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. 2.ed. São Paulo, Campinas: Cortez, Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.
- BENEVIDES, R. & PASSOS, E. Humanização na Saúde: um novo modismo? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17): 389-394, mar.-ago., 2005.
- BOURDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde dentro de Casa: Programa de Saúde de Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional humanização, 2004*. Disponível em: <www.saude.gov.br/humanizasus>. Acesso em: 15 jul. 2006.

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

- CAMIGNOTTO, A. A humanização do hospital: fator de eficiência. *Revista Paulista Hospitalar*, 20(11): 27-30, nov., 1972.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, R. O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 27(64): 123-130, maio-ago., 2003.
- CASATE, J. C. & CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1): 105-111, jan.-fev., 2005.
- CASTEL, R. *O Psicanalismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 1400-1410, set.-out., 2004.
- CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 1417-1423, set.-out., 2004.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo*, v.1, n.1. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1): 7-14, 2004.
- FELDMAM, M. A. et al. Aspectos da humanização do serviço de enfermagem no hospital do servidor público estadual São Pedro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 26(6): 515-526, out.-dez., 1973.
- GELAIN, I. J. Humanização do hospital. *Revista Paulista Hospitalar*, 16(1): 3-7, jan., 1968.
- LECLAINCHE, X. É preciso humanizar o hospital. *Revista Paulista Hospitalar*, 10(5): 7-10, maio, 1962.
- LEVCOVITZ, E. & GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família*, 1(1): 3-15, jan.-jun., 1996.
- MARCH, M.; BORGES, M. E. S. & BONFIM, M. E. S. Humanização da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 26(6): 508-514, out.-dez., 1973.
- MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: MARX, K. *O Capital – crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001 v.1 (Livro I, parte terceira)
- MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.
- MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 1411-1416, out., 2004.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16): 9-24, set. 2004-fev.2005.
- MENDES, E. V. O processo de construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a Reforma sanitária. *Planejando a Saúde no Município: proposta metodológica para capacitação*. Rio de Janeiro: Ibmam, FNS, 1995.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PESSINI, L. & BERTACHINI, L. (Orgs.) *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- PESSOA, E. *Humanização da Economia: caminho para nova ordem econômica*. Campinas: Alínea, 2001.
- PUCCINI, P. T. & CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 1342-1353, 2004.
- RAMOS, T. Entrevista com Tereza Ramos. *Revista RET-SUS*, 2(19): 2-3, jun., 2006.
- 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: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16): 53-66, set.2004-fev.2005.
- SCHRAIBER, L. B. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 12: 45-50, 1996.
- SILVA, A. L. A. da. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio Política de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- SILVA, I. Z. Q. J. & TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16): 25-38, set. 2004-fev.2005.
- SIMMEL, G. *Sociologia: estudios sobre las formas de socialización*. Madri: Revista de Occidente, 1927.
- TESTA, M. Hospital: visão desde o leito do paciente. *Revista Saúde Mental Coletiva*, 1(1): 46-54, 1992.