

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES E CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS
APLICADOS
MESTRADO ACADÊMICO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIEDADE

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: AVALIAÇÃO
SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E CONSELHEIROS

MARIA DERLEIDE ANDRADE

FORTALEZA – CE

SETEMBRO – 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA: AVALIAÇÃO
SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E CONSELHEIROS**

MARIA DERLEIDE ANDRADE

**Dissertação apresentada à Universidade
Estadual do Ceará para obtenção do
Título de Mestre em Políticas Públicas e
Sociedade.**

**ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. LIDUÍNA FARIAS ALMEIDA DA
COSTA**

FORTALEZA – CE

SETEMBRO – 2005

Ficha Catalográfica – Universidade Estadual do Ceará

A553p	<p>ANDRADE, Maria Derleide</p> <p>O Programa Saúde da Família em Fortaleza: Avaliação sob a ótica dos Profissionais, Usuários e Conselheiros/ Maria Derleide Andrade. __ Fortaleza, 2005, 138p.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Liduína Farias Almeida da Costa</p> <p>Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Humanidades e Centro de Estudos Sociais Aplicados.</p> <p>1. Política de Saúde - 2. Atenção Primária - 3. Integralidade - 4. Programa Saúde da Família.</p> <p>Universidade Estadual do Ceará, Centro de Humanidades e Centro de Estudos Sociais Aplicados. CDD 614.098131</p>
-------	--

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES E CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO ACADÊMICO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIEDADE

Aprovada em 22/9/2005

Banca Examinadora

1º Examinador: Profª. Drª. Liduína Farias Almeida da Costa

2º Examinador: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade

3º Examinador: Profa. Drª. Kelma Socorro Lopes de Matos

Mestranda: Maria Derleide Andrade

FORTALEZA – CE

SETEMBRO – 2005

DEDICATÓRIA

Ao meu pai **Gilberto** (*In memoriam*), a minha mãe **Luci** (*In memoriam*) e a minha avó **Niza** (*In memoriam*), pelo incentivo que me foi dado a cada dia em que estivemos juntos; e, nesse exato momento, não estamos separados; estamos curtindo essa vitória que é nossa.

AGRADECIMENTOS

Aos **usuários, profissionais e conselheiros locais** de saúde da **Unidade Guiomar Arruda**, pela abertura e disponibilidade de participarem da pesquisa. O resultado deste trabalho é, em grande, parte fruto das reflexões e das vivências de vocês e, isso o transforma num trabalho coletivo;

Aos meus irmãos (**Chico e Flávio**), meu cunhado **Renê** e as minhas irmãs (**Zenaide, Emília e Derlange**), por tantas caminhadas vividas lado a lado e pelo companheirismo que nos une;

As minhas sobrinhas **Clarisse, Sabrina, Luciana, Leopoldina, Ariane e Ana Rosina** e aos meus sobrinhos **Renezinho e Rafael**, pelos doces, alegres e variados momentos de curtição da vida;

À amiga **Irenice**, por todos os momentos de companheirismo, de carinho, de sonhos e conquistas nesses últimos anos;

À **Alexandra**, pelo carinho e momentos de doçura;

À **Kelma Matos, Lúcia Conde** e a **Werbens**, pela amizade, incentivo e carinho fundamentais na minha trajetória;

À minha orientadora, **Liduína Farias**, pela dedicação, incentivo e companheirismo vivido ao longo de cada capítulo, de cada descoberta;

Às Professoras **Helena Frota e Kelma Matos**, pelas valiosas contribuições no momento da qualificação do projeto;

À Géridice pelo grande apoio e contribuição durante a pesquisa de campo;

Aos meus amigos e amigas antigos(as) e recentes, que não são poucos, são diversos e, de várias gerações: **Adinari, Aurineida Cunha, Conceição Pio, Carmensita, Ana Paula, André, Cristininha, Fernando, Alexandre, Virgínia, Elizio, Iêda Castro, Jorge, Mércia, Socorro Pinto, Ruth Bittencourt, Tatiana, Aurineide, Elaine Berhing, Eliana Guerra, Mione, Cristina Otoch, Adla, Hélio, Ioneide, Mirla, Níobe, Ângela, Karla Karan, Olívia, Andréa Pacheco, Silvana Mara, Marylucia, Fabíola (Bíola), Lalá, Amora, Tâmara, Alzira, Fátima Varela e Luciana (Lú)**;

Às **colegas do Hospital Universitário Walter Cantídio**, onde venho compartilhando o cotidiano de trabalho e da vida;

Aos **professores(as) e alunos(as) do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade**, pela vontade de construirmos um espaço rico de discussões;

Ao **Conselho Regional de Serviço Social**, por ter proporcionado momentos de amadurecimento profissional, político e pessoal;

Ao professor **José Bastos**, pela cuidadosa revisão final;

À **Eliana** pelo *“resumê”*;

Ao **Edivaldo** pela contribuição na Formatação;

À **Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa (FUNCAP)** pelo incentivo à realização de pesquisas voltadas para contribuir com o aperfeiçoamento das políticas públicas;

Enfim, uma poesia para todos os(as) citados(as) e os(as) não citados(as), mas que de alguma forma passaram pela minha vida...

É preciso não esquecer nada
É preciso não esquecer nada:
nem a torneira aberta nem o fogo aceso,
nem o sorriso para os infelizes
nem a oração de cada instante.

É preciso não esquecer de ver a nova borboleta
nem o céu de sempre.

O que é preciso é esquecer o nosso rosto,
o nosso nome, o som da nossa voz, o ritmo do nosso
pulso.

O que é preciso esquecer é o dia carregado de atos,
a idéia de recompensa e de glória.

O que é preciso é ser como se já não fôssemos,
vigiados pelos próprios olhos
severos conosco, pois o resto não nos pertence.

Cecília Meireles (1962)

RESUMO

Esta pesquisa tem por objeto de estudo a análise do princípio da integralidade das ações na atenção primária, nos marcos do Programa de Saúde da Família (PSF). Os objetivos perseguidos foram os seguintes: avaliar as opiniões dos profissionais, usuários e conselheiros do Conselho Local de Saúde sobre a concretização do caráter integral das ações desenvolvidas pelo programa; analisar as concepções de saúde/doença dos profissionais envolvidos no PSF, dos usuários e dos conselheiros do bairro Pirambu; destacar e melhor compreender as ações de acompanhamento das equipes às famílias e às comunidades; analisar os indicadores de avaliação das ações básicas e observar em que medida estes são levados em conta na concepção das estratégias de combate às doenças indicadas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Nossa pesquisa baseia-se em dados eminentemente qualitativos, sem menosprezar aqueles de natureza quantitativa relativos à problemática tratada. Tivemos como suporte teórico às análises de autores como Mendes, Minayo, Conh, Mattos, Vasconcelos e Paim, etc. A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde Guiomar de Arruda, no município de Fortaleza, Brasil. Neste centro, entrevistamos os usuários atendidos pelo PSF, os profissionais de saúde e representantes do Conselho Local de Saúde. Fizemos uso da observação direta. A escolha deste objeto deveu-se, sobretudo, à insuficiência de análises do PSF, que levem em conta o caráter integral de suas ações. Constatamos que a concepção de saúde varia segundo os atores sociais entrevistados. Os profissionais e conselheiros revelam uma compreensão mais ampla de saúde, condição que não equivale à mera ausência de doença. Os usuários, por sua vez, tendem a identificar a saúde como ausência de doenças e a reforçar perspectivas de cunho medicamentoso e curativo. Para a totalidade dos entrevistados, os problemas sociais aparecem como eixo central, catalisador dos processos de saúde-doença. Para estes atores sociais, em geral, as doenças são mais que tudo conseqüências das graves realidades socioeconômicas, política e cultural vivenciadas pelas pessoas mais carentes. Na maioria das entrevistas dos profissionais e conselheiros, o PSF é considerado um programa de saúde, cujo objetivo principal é assegurar atenção integral às famílias, de acordo com suas necessidades. Todavia, certos relatos de profissionais denotam uma visão mais restrita do programa, visto como ação básica voltada para o atendimento às populações mais pobres. Com efeito, a apropriação dos princípios do PSF por determinados profissionais ainda é limitada. O programa ainda não conseguiu contribuir efetivamente para a reorganização da atenção primária em saúde. Segundo os entrevistados da Unidade de Atenção Básica Guiomar Arruda, o PSF se caracteriza pela verticalidade, seletividade e focalização das ações. As ações de caráter integral são ainda incipientes. Contudo, destacamos a importância de iniciativas desenvolvidas no âmbito do planejamento familiar, do pré-natal e da puericultura que apontam para a integralidade das ações.

Palavras-chave: Política de Saúde; Atenção Primária; Integralidade; Programa Saúde da Família.

RESUMÉ

L'objet de notre étude est d'analyser les actions des soins primaires dans le cadre du Programme de Santé de la Famille à Fortaleza en mettant en évidence la conception et la cohérence des actions dans leur ensemble. Les objectifs poursuivis sont les suivants : évaluer l'avis des professionnels, des usagers et des conseillers membres du Conseil Local de la Santé, vis-à-vis des actions mises en place dans le programme, et surtout, la vision d'ensemble qui doit les guider ; analyser les notions de santé/maladie des professionnels impliqués dans le PSF, des usagers et des conseillers du quartier Pirambu ; déceler et mieux appréhender les actions de suivi des équipes interdisciplinaires auprès des familles et des communautés ; considérer les indicateurs d'évaluation des soins primaires et voir dans quelle mesure ils sont pris en compte dans la conception des stratégies de combat des maladies indiquées par le Système d'Information des Soins de Base (SIAB). Notre recherche s'appuie sur des données éminemment qualitatives, sans pour autant dénier les données quantitatives disponibles, concernant la problématique traitée. Nous nous sommes basés sur les analyses de plusieurs chercheurs, parmi lesquels nous citons Mendes, Minayo, Conh, Mattos, Vasconcelos et Paim. Nos enquêtes de terrain ont été menées dans le centre de santé Guiomar de Arruda, dans la ville de Fortaleza, Brésil. Dans ce centre, nous avons fait des interviews auprès des usagers du PSF, des professionnels et des représentants du Conseil Local de la Santé. Nous avons, également, réalisé l'observation directe des procédures. Le choix de cet objet se doit, surtout, à l'insuffisance des analyses concernant le PSF, qui ne prennent pas en compte leurs actions dans leur globalité. Nous avons constaté que la conception de la santé varie selon les acteurs sociaux interrogés. Les professionnels et les conseillers révèlent une compréhension plus large de la notion de santé, entendu comme un état qui n'équivaut pas l'absence de maladie. Les usagers, quant à eux, tendent à identifier la santé comme l'absence de maladie et à attendre un traitement médicamenteux et curatif. Pour l'ensemble des interviewés, les problèmes sociaux sont au cœur, voir même, des catalyseurs des processus santé/maladie. Pour ces acteurs, en général, les maladies sont surtout liées la conséquence de réalités socioéconomiques, politiques et culturelles vécues par les plus démunis. Dans la plupart des interviews des professionnels et des conseillers, le PSF est considéré comme un programme de santé, dont l'objectif principal est d'assurer l'ensemble des soins aux familles selon leurs besoins. Toutefois, certains témoignages démontrent une vision plus restreinte du programme, tenu comme une action primaire adressée aux populations plus pauvres. En effet, l'appropriation des principes du PSF par certains professionnels est encore limitée. Le programme n'a pas réussi à faire changer le mode d'organisation des soins élémentaires. Selon les interviewés du Centre de Santé Guiomar Arruda, le PSF se caractérise par son caractère vertical, sélectif et ponctuel. Les actions mises en place en lien étroit et selon une vision intégrale de la relation santé/maladie sont encore à ses débuts. Cependant, nous soulignons l'importance des initiatives mise en place dans le cadre du planning familial, du suivi des femmes enceintes, de la puériculture qui indiquent une vision globale des soins.

Mots central : Politique de Santé; Soins Primaires; Actions Ensemble; Programme de Santé de la Famille.

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

AIS – Ações Integradas em Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BIRD – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

FUSEC – Fundação de Saúde do Estado do Ceará

FHC – Fernando Henrique Cardoso

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PACS – Programa de Agentes Comunitários em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PEC – Programa de Extensão Comunitária

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

PISUS – Programa de Interiorização do SUS

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SPT - 2000 – Saúde para Todos no Ano 2000

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15 c
CAPÍTULO I - INDICAÇÕES METODOLÓGICAS	20
CAPÍTULO II - ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	31
2.1. A Difícil Arte dos Processos Avaliativos	31
2.2. A Constituição da Política de Saúde: um breve percurso avaliativo	33
2.3. A Atenção Primária no Contexto da Política de Saúde Brasileira	45
2.4. O PSF no Contexto da Política de Saúde Brasileira: uma possibilidade de reestruturação da atenção primária	50
2.5. Integralidade: um princípio norteador da atenção primária	58
CAPÍTULO III - O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA	65
CAPÍTULO IV - O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA NO BAIRRO PIRAMBU	72
4.1. Concepção de Saúde: convergências e divergências	72
4.2. Concepção de Atenção Primária	79
4.3. Concepção do Programa Saúde da Família	85
4.4. Dificuldades e Avanços do PSF no Bairro Pirambu	93
4.4.1. Na perspectiva dos Profissionais	93
4.4.2. Na perspectiva dos Usuários	94
4.4.3. Na perspectiva dos Conselheiros	95
4.5. Concepção de Integralidade	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109

REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE	125

INTRODUÇÃO

A década de 80 trouxe muitas sinalizações das mudanças que iríamos presenciar nos anos seguintes no contexto da sociedade brasileira. Em diversos setores os ventos soprados pelo processo de democratização são sentidos. Há um novo reordenamento no arcabouço institucional, expresso a partir da promulgação da Constituição de 1988, indicando uma relação mais próxima entre o Estado e os cidadãos. Temos claramente a instituição de um Estado Democrático de Direito, após anos de cerceamento de liberdades, nas suas mais variadas dimensões. Os movimentos sociais se espalham pelo país, apontando as mazelas sociais resultantes desse longo processo histórico e, ao mesmo tempo, reivindicando o pagamento dessa enorme dívida social.

Com a Constituição de 1988, imaginou-se que na década de noventa, as respostas do Estado de fato se concretizassem no cotidiano dos cidadãos brasileiros, por meio de um sistema de seguridade social de caráter universal, até então desconhecido em nosso país. O que se verifica é que avançamos no texto constitucional, mas fomos lentos no atendimento às necessidades básicas dos brasileiros. Somos uma das maiores potências econômicas mundiais, porém, nos quesitos sociais, pertencemos à ala dos mais miseráveis, devido à enorme defasagem entre a norma e a sua efetiva aplicação.

Em relação à Política de Saúde, verificamos que a organização do sistema de saúde brasileiro, mesmo pensado em fins da década de oitenta, a partir da compreensão de um novo modelo de atenção, ainda é fortemente marcado pelo modelo centrado no tratamento da doença e na desarticulação das ações de promoção, prevenção e cura. Há um grande descompasso quando comparamos as conquistas da Constituição de 1988, mediante os princípios que fundamentam a política de saúde, com o que temos de concreto na realidade.

Conforme análise de Oliveira (1998), a sociedade brasileira assiste na década de noventa, contrariando a tendência de reforço das conquistas democráticas da década anterior, a um período presidido pelo *signo da Reação*, do

Conservadorismo, que teve em Collor de Melo o primeiro sinal de ameaça que significava nada mais do que o início da destruição das primeiras instituições públicas de um precário “Estado de bem-estar”, avançando impiedosamente no desmantelamento do aparelho do Estado para as políticas públicas.

Essa concepção foi retomada e consolidada por Fernando Henrique Cardoso (FHC), ganhando *foros de projeto de hegemonia*, significando de fato que as políticas e idéias neoliberais no Brasil entram em fase decisiva. O que significa dizer que do ponto de vista das principais transformações, seja no campo do projeto político no poder, seja da política econômica, foram tomadas medidas fundamentais para a adequação à nova configuração geo-política mundial, requisitos imperiosos no processo de acumulação do capitalismo contemporâneo. Essas medidas traduzem-se em modelos orientados pelas agências multilaterais, em que pesem o papel protagônico dessas instituições, em especial o FMI e o BIRD, no ajuste das economias periféricas aos processos de mundialização do capital. (OLIVEIRA, 1998).

O cerne da questão da Reforma do Estado, proposta pelo governo FHC, é baseado na perspectiva de que estamos imersos numa crise do modelo ou forma de Estado, escamoteando na verdade que a crise é do capitalismo, deslocando-se, dessa forma, a discussão para um plano meramente administrativo gerencial como resposta às necessidades sociais. Dentro dessa perspectiva analítica, o mercado passa a ser na reforma gerencial do Estado brasileiro “o lugar da autonomia do indivíduo, mas não do cidadão” (OLIVEIRA, 2002:147), resgatando assim a concepção liberal clássica. Conforme essa concepção, é o mercado que possui condições de ofertar os mais diversos serviços, inclusive os serviços sociais, haja vista a incompetência do serviço público em atender com eficiência aos cidadãos, diga-se de passagem, aos cidadãos-clientes. Não é à toa que surgiu a proposta de transformar algumas instituições públicas, das áreas da saúde e da educação, em Organizações Sociais, deixando de lado o interesse público em reforço à lógica de mercado. (OLIVEIRA, 2002).

Considerando este enfoque, o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, vem implementando políticas de caráter racionalizador, em função da crise fiscal do Estado, por meio da adoção de programas como o PSF (Programa Saúde da Família) que, ao ser lançado em 1994, trazia a perspectiva de favorecer a

interiorização da medicina e implementar o processo de municipalização, e só posteriormente passa a ser apontado como estratégia de transformação do modelo assistencial do SUS (Sistema Único de Saúde) por reorganizar a atenção básica, focar a família como objeto de atenção, com a atuação de uma equipe multidisciplinar numa abordagem interdisciplinar e articulação intersetorial. (BRASIL, 1997a)

Na realidade o PSF se insere num contexto social e histórico em que o Estado brasileiro adota políticas de caráter neoliberal, tanto no nível econômico quanto no nível social, segundo a pauta do ajuste estrutural, proposta política integrante do pacote denominado “cesta básica”, preconizado pelo Banco Mundial. Utilizando a focalização, direciona a organização da atenção à saúde para o controle das doenças e a implantação de programas de saúde baseados em critérios de custo-efetividade e advogando a ação do Estado na provisão de um pacote básico de serviços clínicos e de saúde pública (WORLD BANK APUD COSTA, 1996)

Em meio a esse cenário, na década de noventa, muitos são os desafios postos à implementação da Política de Saúde, como também muitos são os fóruns de debates e defesa dessa política tal qual preconizada pela Lei do SUS nº 8080 de 1990.

É nesse contexto que as discussões em torno da Política de Saúde se insere mais cotidianamente na agenda política de entidades da sociedade civil, a exemplo das entidades representativas dos Assistentes Sociais. No Conselho Regional de Serviço Social/CE, onde trabalhei como assessora entre 1999 e 2002, essas discussões se tornaram ainda mais presentes devido ao fato de, aproximadamente, 41,1% dos assistentes sociais do estado do Ceará trabalharem na área da saúde (Fortaleza, 1999). Essa experiência nos possibilitou acesso a muitas reflexões em torno da política de saúde do município de Fortaleza, e, em especial, à Estratégia Saúde da Família.

Em 2001, a mídia, os especialistas em epidemiologia, os sindicatos de saúde e os gestores estadual e municipal, ao afirmarem que o município de Fortaleza vivia uma epidemia de dengue hemorrágica, colocavam em xeque as ações da atenção primária em saúde realizadas pelo poder público municipal. Partindo dessa avaliação preliminar, e considerando que o Ministério da Saúde vinha apontando a estratégia, conhecida por Programa Saúde da Família (PSF),

como uma possibilidade de reestruturação da Atenção Primária, passamos a compreender que um dos aspectos mais relevantes da pesquisa proposta relacionava-se ao fato de que, embora existindo outras análises acerca do referido programa, poucas vêm abordando o ângulo a que esta pesquisa se propõe, ou seja, avaliar a efetividade da integralidade das ações na atenção primária, via PSF.

Em 2002 nosso interesse pela temática é reforçado ao assumirmos o cargo de Assistente Social no Hospital Universitário Walter Cantídio/UFC. Por se tratar de instituição hospitalar de nível terciário e quaternário, reflete o nível de organização do sistema de saúde estadual, deparando-se com uma demanda muito superior à oferta de serviços. Mesmo tratando-se de hospital de referência, uma quantidade expressiva de pessoas procura atendimentos primários sob a justificativa de dificuldade de acesso, ausência dos serviços nos postos de saúde ou nas unidades secundárias.

Nesse sentido, no contexto de reorganização da política de saúde no município de Fortaleza, elegemos como questão central que norteou a pesquisa ora apresentada: **como vem se concretizando a efetividade do princípio da integralidade das ações em atenção primária, através do Programa Saúde da Família (PSF)?**

A referida pesquisa que ora apresentamos tem como objetivo geral avaliar o PSF sob a ótica dos profissionais, usuários e conselheiros do Conselho Local de Saúde, destacando a efetividade da integralidade das ações desenvolvidas em saúde. Apresenta como objetivos específicos: avaliar as concepções de saúde/doença dos profissionais envolvidos no PSF, dos usuários e dos conselheiros do bairro Pirambu; destacar e melhor compreender as ações de acompanhamento das equipes às famílias e às comunidades; analisar os indicadores de avaliação das ações básicas e observar em que medida estes são levados em conta na concepção das estratégias de combate às doenças indicadas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

O presente trabalho é resultado de pesquisa qualitativa, realizada com base em de entrevistas e observação direta junto aos profissionais de saúde, usuários e conselheiros na Unidade Básica de Atenção a Saúde da Família Guiomar Arruda, no bairro Pirambu, em Fortaleza-CE.

Para melhor sistematização e compreensão dos dados da pesquisa, estruturamos o presente trabalho em quatro capítulos, assim distribuídos:

O primeiro capítulo, *Indicações Metodológicas*, discorre acerca dos caminhos percorridos na construção do processo investigativo.

O segundo capítulo, *Elementos teóricos e conceituais*, conta de reflexões em torno das seguintes questões: os processos avaliativos de programas e projetos sociais; a constituição da Política de Saúde Brasileira; a Atenção Primária no contexto da Política de Saúde Brasileira; o PSF no contexto da Política de Saúde Brasileira como possibilidade de reestruturação da atenção primária; e por fim, a Integralidade como um princípio norteador da Atenção Primária.

O terceiro capítulo, *O Programa Saúde da Família em Fortaleza*, explicita a trajetória de implantação e desenvolvimento dessa estratégia em Fortaleza, enfocando o processo de mudanças administrativas e políticas vivenciadas na Política de Saúde neste Município.

O quarto capítulo, *O Princípio da Integralidade na Atenção Primária: a experiência no bairro Pirambu*, procura a partir das falas dos sujeitos entrevistados, com suas vivências, saberes e experiências, avaliar, sob a ótica dos mesmos, como vem se concretizando a efetividade do princípio da integralidade das ações em atenção primária, por meio do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Fortaleza.

Nesse sentido, acreditamos que os resultados da pesquisa ora apresentados poderão contribuir com as discussões que visam à organização da atenção à saúde no município de Fortaleza.

CAPÍTULO I

INDICAÇÕES METODOLÓGICAS

Analisar a efetividade da integralidade das ações desenvolvidas na Atenção Primária, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), exige traçar um percurso que nos faça compreender a realidade em que estamos inseridos e o tratamento dado às políticas públicas, especificamente à política de saúde.

A trajetória metodológica de uma pesquisa revela os caminhos percorridos no processo de elaboração do conhecimento. São caminhos que nos levam a diversos questionamentos e descobertas, alguns mais simples e outros complexos, porém, todos com um grau de importância bastante relevante para uma aproximação com a realidade do objeto de estudo. São aproximações sucessivas a uma realidade, que norteada por uma produção teórica, necessita de um caminho metodológico que nos possibilite dinamicidade e criatividade ao processo investigativo.

Nesse sentido Minayo (1999:22) afirma que “este processo inclui a opção das concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitem a apreensão da realidade e o potencial criativo do pesquisador”.

A partir dessa compreensão, adotamos como opção metodológica a abordagem qualitativa em saúde, por entender que a mesma atinge um nível da realidade que não pode ser quantificada, mas trabalhada por meio dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. Além do mais, é indicada ao estudo das práticas em saúde e nas relações que se estabelecem entre os diversos atores envolvidos. (MINAYO, 1999).

Nesse sentido, abertura, flexibilidade, observação e interação foram elementos que tentamos preservar neste estudo. É sob essa ótica que Minayo afirma:

...a rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO,1996:22).

A pesquisa enquanto indagação, aproximação e descoberta permanente da realidade, vincula pensamento e ação, pois, segundo Minayo (1996:37), "...nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática". O questionamento da realidade permite ultrapassar a mera descrição do real. Permite-nos a produção de um conhecimento sobre esse real.

A abordagem qualitativa em saúde é utilizada dentro de uma compreensão de que a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. Por ter sido incorporada às ciências sociais e, por isso, reconhecida como campo de pesquisa social, recebe o mesmo tratamento no processo investigativo, seja no tocante às questões teóricas quanto metodológicas, ficando submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte (APEZECHEA, 1985 apud MINAYO, 1994; CARVALHO,1987).

Bodgan apud Triviños (1987) refere que a abordagem qualitativa apresenta como características o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento-chave, preocupando-se essencialmente com o significado, não apenas com o processo e o produto; é descritiva e seus dados tendem a ser analisados indutivamente.

Para Leopardi (2001), com a pesquisa qualitativa tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos. Atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre. A amostra não precisa ser aleatória, nem extensamente numerosa. Em geral, quando os dados se tornam repetitivos, pode-se considerar a amostra suficiente. Porém, esse critério deve ser usado com cautela.

Além do mais a pesquisa qualitativa tem um aspecto que a torna propulsora de novas discussões. É o fato de a mesma não se encerrar em si própria,

ou seja, a pesquisa qualitativa sempre está aberta à discussão, à possibilidade de agregar novos elementos provindos da comunidade científica. Se a pesquisa for aberta a ponto de suscitar, a partir de si, novos encaminhamentos, isso é um indício de que se trata de uma boa pesquisa. E quanto mais debate propiciar, melhor será sua contribuição à comunidade científica somada à capacidade de trazer algo original e criativo (VICTORIA; 2000).

Minayo (1994:13), ao discorrer sobre a utilização da abordagem qualitativa na saúde, aponta que a especificidade da mesma se dá “pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela do sistema”, sem retirar, contudo, a sua relação com a problemática social mais ampla.

De acordo com Silva (1997), são três os aspectos norteadores a serem considerados na escolha do método qualitativo: a natureza do fenômeno; o que se conhece acerca do tema em termos de quantidade e em sua própria essência; e os objetivos da pesquisa. Nesse sentido, a investigação qualitativa proporciona uma compreensão dos aspectos da experiência humana vivenciada numa determinada situação, cujos dados não podem ser obtidos adequadamente quando utilizados outros métodos, dada a complexidade que o tema apresenta.

Optamos pela pesquisa qualitativa com fundamento na dialética, por entendermos que o objeto em estudo requer um tratamento que possibilite analisar o singular, as contradições entre as partes e o todo, desde sua formulação, adoção e execução num dado contexto social, historicamente construído segundo determinações das políticas sociais e de saúde onde se situa o PSF.

A abordagem dialética, segundo Minayo (1999:65;67), “ é um método que aborda o real, esforçando-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação (...) podendo também apontar as permanências e suas formas estruturais.”

Mesmo optando pela pesquisa qualitativa, não deixamos de utilizar aspectos quantitativos que se fizeram necessários, por entender, conforme análise de Minayo (1997), que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário, se complementam. Esse entendimento deve-se ao fato de que

a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo uma possível dicotomia entre os mesmos.

A pesquisa de campo foi realizada na Unidade de Saúde Guiomar de Arruda, localizada no Bairro Pirambu, no município de Fortaleza. O critério para escolha dessa unidade está relacionado ao fato de a mesma ter recebido as primeiras quatro equipes do PSF no município de Fortaleza, quando do processo de implantação. Vale ressaltar que um dos critérios utilizados pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social para instalar as primeiras equipes nessa unidade deve-se ao fato de ser a área da cidade que, no período, apresentava os maiores índices de risco epidemiológico e social.

Quanto ao período de realização da pesquisa, alguns passos foram dados. Em outubro de 2003, fizemos uma visita à Unidade Básica de Saúde da Família Guiomar Arruda para nos apresentarmos à coordenadora da unidade e falar da nossa intenção de desenvolver a pesquisa naquela unidade. Fomos orientados que entrássemos por meio do Mestrado com um pedido de autorização para a realização da pesquisa junto à Regional I. Em novembro fomos informados da liberação para a realização da pesquisa. Porém, em dezembro, ao retornarmos à unidade de saúde, fomos informados de que a coordenadora havia deixado o cargo. Somente em meados de janeiro de 2004, uma nova coordenadora tomou posse do cargo. Ao final do referido mês, fizemos um contato, no qual apresentamos o ofício com a autorização para a realização da referida pesquisa. No início de fevereiro até meados de março, ficamos observando as atividades realizadas na unidade, assistimos a uma reunião do Conselho de Saúde Local, participamos de visitas domiciliares com a enfermeira, estudantes de enfermagem e agentes comunitários de saúde, participamos de diversos atendimentos ambulatoriais e observamos reuniões com grupos de educação em saúde. As entrevistas só foram realizadas após esse período de aproximação. O período de realização das entrevistas foi de março a junho de 2004.

A pesquisa de campo foi realizada tomando-se como sujeitos os usuários atendidos pelo PSF na área de abrangência da Unidade de Saúde Guiomar Arruda, como também os profissionais (enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliar de saúde), além de representantes do Conselho Local de Saúde. Essa unidade possui quatro equipes denominadas de verde, amarela, azul e vermelha.

Por tratar-se de um universo amplo, particularmente, no que diz respeito aos usuários atendidos pelas quatro equipes do PSF, num total 5.202 famílias cadastradas, representando, pois, 17.871 pessoas, estabelecemos como critério o acompanhamento da equipe vermelha por ter sido a primeira equipe implantada no bairro Pirambu. A equipe vermelha possui 1.410 famílias cadastradas e utilizando uma escala estatística baseada nos estudos de Richardson (1942), obtivemos uma amostra de 90 entrevistas a serem realizadas. Porém, só realizamos 35 entrevistas, levando-se em conta que os relatos em seu conjunto começaram a indicar uma repetição dos conteúdos. Nesse sentido, utilizamos para tanto o critério da exaustão. Para Minayo (1996), numa abordagem qualitativa, definida a população, busca-se um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar, pois, a preocupação deve ser menos com a generalidade e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma política ou de uma representação.

Os profissionais entrevistados da equipe vermelha foram: 1 enfermeira, 1 odontólogo, 3 agentes comunitários de saúde (ACS) e 1 auxiliar de saúde. Optamos em fazer entrevista com a coordenadora da unidade, inserindo-a no segmento profissional. A mesma, também, é membro da diretoria do Conselho Local de Saúde.

Em relação ao profissional médico, não foi possível a realização de entrevista. Ao iniciarmos a pesquisa de campo, em particular, a realização das entrevistas no final do mês de março, a equipe vermelha encontrava-se sem médico há quase 40 dias. Passou-se quase um mês para que um novo profissional fosse contratado. Demos continuidade às entrevistas com os outros segmentos, e aguardamos um período maior de convivência do novo profissional na equipe. No entanto, quando decidimos realizar a entrevista, já em fins do mês de maio, o médico pediu demissão da unidade para ir trabalhar em outro município. Após três semanas, um novo profissional foi contratado e, após o Curso Introdutório na Escola de Saúde Pública iniciou suas atividades na UBASF. A partir da segunda semana em que o profissional estava trabalhando na unidade, fizemos um contato para falar a respeito da nossa pesquisa, e se o mesmo estaria disponível para ser entrevistado. O referido profissional relatou que essa é a primeira experiência no PSF, e que tem apenas dois anos de formado, com experiência apenas em clínica particular. Nesse sentido, disse não se sentir em condições de contribuir para a

referida pesquisa. Também, em relação a 1 (um) agente de saúde, tentamos entrevistá-lo, mas tivemos alguns desencontros, e no último mês de realização da pesquisa, o referida profissional entrou de férias. Assim sendo, somente entrevistamos 3 (três) agentes de saúde.

Em relação ao segmento Conselheiro, traçamos como meta entrevistar os 12 (doze) componentes (8 efetivos e 4 suplentes). Porém, após vários contatos e tentativas, só conseguimos realizar 9 (nove) entrevistas, considerando que a coordenadora da UBASF também é membro do Conselho, mas optamos em entrevistá-la como profissional de saúde, além do que já tínhamos uma amostra satisfatória de entrevistas desse segmento.

Em relação aos segmentos profissional e conselheiro, o roteiro que utilizamos continha uma questão diretamente relacionada à compreensão dos mesmos sobre a atenção primária. Já em relação ao segmento usuário, optamos por apreender o significado do que seja atenção primária nas entrelinhas do conteúdo expresso pelo referido segmento, ou seja, não houve no roteiro uma pergunta direcionada para a referida discussão.

Vale destacar que as entrevistas foram realizadas levando em consideração os pacientes acompanhados nos programas específicos (a maioria dos entrevistados), ou mesmo aquelas demandas esporádicas, que normalmente são os que enfrentam os dilemas das filas grandes e demoradas.

Foram realizadas entrevistas que, com base nos relatos dos informantes, ofereceram conteúdos para melhor compreensão do estudo. Obtivemos informações contidas em suas falas, por meio da técnica de comunicação verbal, reforçando o uso da linguagem e do significado da fala, com grande liberdade do informante para expressar suas opiniões e sentimentos. A função do entrevistador foi de incentivo, levando o informante a falar sobre determinado assunto, sem, entretanto, forçá-lo a responder (MACEDO & LAKATOS, 1982:187). Nesse sentido, privilegiamos a fala dos informantes – um rico conteúdo de comunicação – situada num contexto sócio-histórico para melhor ser compreendida. É claro que o resultado de uma pesquisa social constitui uma aproximação da realidade, que não pode ser reduzida a nenhum dado de pesquisa.

É nesse sentido que Demo (1988) chama a atenção de que a idéia de objeto construído significa, num primeiro momento, que não trabalhamos com a realidade, pura e simplesmente, de forma imediata e direta, mas com a realidade assim como a conseguimos ver e captar. O que temos da realidade, segundo o autor, é uma visão mediada, ou seja, mediata. Vemos a partir de um ponto de vista, partimos sempre de um ponto, a partir do qual problematizamos as diversas situações que apresentam condicionantes de caráter externo, temporal e espacial, e onde normalmente incidem divergências de escolas e autores.

Para Demo (1988), na verdade não captamos a realidade, mas a interpretamos. Para o autor, interpretar significa aceitar que na análise do fenômeno aparecem elementos que são menos do fenômeno do que do analista. É na análise que entra os elementos críticos, a concepção de mundo e do fenômeno estudado por parte do analista, além do potencial criativo que o mesmo emprega na aproximação com o real.

Nesse sentido, fizemos uso da observação direta, por meio da anotação no diário de campo, de situações que enriquecessem a análise dos dados colhidos no processo de pesquisa, por entender que essa técnica possibilita o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Verifica-se nessa “técnica um contato mais direto do pesquisador com a realidade estudada. É um ponto de partida fundamental no processo de investigação social.” (MACEDO & LAKATOS, 1982:70)

Como instrumentais de pesquisa usamos um roteiro para cada segmento definido na amostra. Especificamente para o segmento usuário, utilizamos um roteiro diferenciado em relação aos outros dois segmentos, com perguntas mais direcionadas ao cotidiano vivenciado pelos mesmos, numa perspectiva de facilitar o diálogo entre entrevistado e entrevistador. Utilizamos gravador para entrevistas de longa duração e diário de campo para anotações informais. Para maior enriquecimento da pesquisa qualitativa, fizemos uso de documentos oficiais e sites na internet.

A fase exploratória desta investigação, além de anteceder a construção do projeto, deu-se por meio de pesquisa bibliográfica e visitas preliminares à área

escolhida as quais possibilitaram a delimitação do problema, a construção de um marco conceitual e a escolha dos instrumentos de coleta de dados.

Optamos pela entrevista, por meio do contato face a face entre pesquisador e entrevistado. Essa técnica de coleta de informações, caracterizada por um roteiro de questões que possibilitem atingir os objetivos postos nesta investigação, visa a proporcionar aos entrevistados suas opiniões, interesses, expectativas, de modo que consigam dar conta do fenômeno aqui apresentado. O roteiro de perguntas, na verdade, serviu para nortear a entrevista a qual consideramos “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto... É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social” (MACEDO & LAKATOS, 1982:70).

Utilizamos a entrevista semi-estruturada porque oferece melhor perspectiva para que o entrevistado tenha liberdade e espontaneidade necessárias no processo da pesquisa. Ademais, segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada segue alguns requisitos fundamentais, partindo de alguns questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante.

Assim, utilizamos o gravador que, como recurso metodológico, tem contribuído bastante “no registro não só das palavras, como também dos silêncios, vacilações, tons de voz do narrador que posteriormente contribuem para a análise de discurso” (MARTINELLI, 1999:91). Para a descrição textual das falas todas elas foram transcritas originalmente, acompanhadas de nome fictício, idade e profissão.

Em relação ao uso do gravador, Queiroz (1988) indica como vantagens desse tipo de instrumento, a conservação com maior precisão da linguagem do narrador, a pausa e a organização do conteúdo expresso por ele. O documento resultante da transcrição das fitas torna-se mais rico do que qualquer registro elaborado pelo pesquisador, mesmo levando-se em conta um certo empobrecimento em relação ao que se tem nas fitas. Porém, para a autora a transcrição de fitas é a única forma de se conservar o relato por maior tempo.

Esta autora chama a atenção de que a recorrência ao uso do gravador colocou à prova uma certa ilusão: a de que o uso desse instrumento evitaria a intermediação entre o narrador e o público para a utilização do relato e às possíveis interpretações e deturpações do conteúdo expresso. No entanto, desde o início da coleta do material, quem comanda toda a atividade é o pesquisador, e ao utilizar o relato o fará de acordo com suas intenções.

Nesse entendimento, conforme Queiroz (1988:18), há algo que não pode deixar de ser percebido, que é a nítida distinção entre o pesquisador e o narrador. Diz a autora:

O pesquisador é guiado por seu próprio interesse ao procurar um narrador, pois pretender conhecer mais de perto algo que o preocupa; o narrador, por sua vez, quer transmitir sua experiência, que considera digna de ser conservada e, ao fazê-lo, segue o pendor de sua própria valorização, independentemente de qualquer desejo de auxiliar o pesquisador.

As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de discurso de Eni Pulcinelli Orlandi, por entender que essa técnica “não trabalha com a língua enquanto um sistema abstrato, mas com a língua no mundo, com maneiras de significar, com homens falando, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos, seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade” (ORLANDI, 2003:16).

Este modelo de análise se constitui a partir da articulação de três campos disciplinares: o materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações; a lingüística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação; a teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos” (ORLANDI, 2000:19).

Para esta abordagem, a linguagem não está restrita ao papel de transmissora de informação. Ela transmite sentido ao mesmo tempo em que os constitui e os transforma, pois nela estão inscritos fatores sócio-históricos, sua materialidade específica. Dessa forma, o discurso não é autônomo, é um acontecimento afetado pela história, pelo inconsciente e pela ideologia (ORLANDI, 2003).

Na análise de discurso, as circunstâncias de produção do dizer são parte constitutiva deste, portanto, quem diz, para quem, em que momento, sob que condições e com que intenção, revelam dimensões essenciais desse dizer. Assim, o gesto interpretativo busca a significação e não a decodificação da linguagem, porque parte do princípio de que a língua não tem autonomia absoluta (ORLANDI, 2003).

Na análise de discurso se descentraliza o poder da expressão verbal, considerando-se o dito e o não dito no seu processo de produção. Os aspectos não verbais (o silêncio, os gestos, as pausas, os equívocos e as falhas) lhes são inerentes, porque as palavras não dizem tudo, elas têm um silêncio ativo, ao qual formulamos vários sentidos. Nesse aspecto, o silêncio nos reporta à incompletude do discurso, característica fundamental desse modelo de análise (Orlandi, 2003).

A análise de discurso não visa à exaustão em relação à extensão ou ao objeto empírico, por ter como característica fundamental o princípio da incompletude. Ela busca a exaustão “vertical”, que conduz a “conseqüências teóricas relevantes”. Assim, as várias dimensões que emergem dos discursos vão sendo “saturadas” em relação aos objetivos e a temática, mas não se chega à completude, pois o discurso não tem uma essência, uma verdade, ele é formulação de sentidos: “... o que existe não é um discurso fechado em si mesmo, mas um processo discursivo do qual se podem recortar e analisar estados diferentes” (ORLANDI, 1989:32).

Utilizamos um perfil biográfico dos sujeitos para melhor situá-los. A apresentação do perfil dos entrevistados tem a utilidade de registrar uma certa heterogeneidade social dos indivíduos e, ao mesmo tempo, uma homogeneidade no que se relaciona ao tema proposto nesta pesquisa. Elaboraremos este perfil com base em relatos dos próprios entrevistados. Para os usuários, levamos em consideração alguns itens, como: nome, idade, profissão, escolaridade, renda familiar, e se participa de alguma atividade ou entidade comunitária. Para os Conselheiros do Conselho Local: nome, idade, profissão, escolaridade, a quanto tempo está no Conselho e se participa de mais alguma entidade comunitária. E por fim, para os profissionais de saúde, os seguintes itens: nome, idade, profissão, escolaridade, a quanto tempo participa do Conselho. Esses elementos são importantes para situarmos os leitores quanto aos sujeitos da pesquisa, os quais serão identificados por um número e profissão.

Dos 7 profissionais de saúde entrevistados, 6 (85,7%) são do sexo feminino e 1 (14,3%) masculino; 2 (28,5%) são enfermeiras, sendo que uma é a coordenadora da unidade de saúde; 1 (14,3%) é odontólogo; 3 (42,8%) são agentes de saúde e 1 (14,3%) é auxiliar de enfermagem. Dos 7 entrevistados, 5 (71,4%) trabalham na unidade há pelo menos 5 anos. (ver apêndice I, pág. 126).

Dos 35 usuários entrevistados, 31 (88,6%) são do sexo feminino, 4 (11,4%) são do sexo masculino; 16 (47%) entrevistados são donas de casa, 5 (14%) estudantes, 9 (25,7%) aposentados, 4 (11,4%) são domésticas, 1 (2,9%) operador de estufa. Em relação à ocupação, dos 35 entrevistados, temos 16 (45,7%) desempregados. Em relação ao nível de escolaridade, 21 (60%) têm o 1º Grau, 9 (25,7%) têm o 2º Grau, 1 (2,9%) tem 3º Grau, 3 (8,57%) são analfabetos e 1 (2,9%) é alfabetizado. Dos 35 entrevistados, 18 (51,4%) possuem uma renda familiar de 1 s/m, 3 (8,57%) de 2 s/m, 6 (17,1%) de 1 e 1/2 s/m, 2 (5,7%) de 3 s/m, 1 (2,9%) de 8 s/m e 5 (14,3%) menos de 1 s/m. Dos 35 entrevistados, 33 (94,3%) não participam de nenhuma atividade ou entidade comunitária. (ver apêndice II, páginas 127)

Dos 9 Conselheiros entrevistados, 7 (77,8%) são do sexo feminino e 2 (22,2%) do sexo masculino. Em relação ao nível de escolaridade, 3 (33,3%) possuem ensino fundamental, 4 (44,4%) possuem ensino médio e 1 (11,1%) possui ensino superior; 2 (22,2%) são aposentados, 2 (22,2%) são auxiliar de saúde, 1 (11,1%) ACS, 1 (11,1%) pintor, 1 (11,1%) dona de casa, 1 (11,1%) enfermeira e 1 (11,1%) agente sanitário. Dos 9 entrevistados, 4 (44,4%) participam de entidades comunitárias e 1 (11,1%) é militante partidário. Estes 5 entrevistados são representantes dos usuários; 5 (55,5%) entrevistados participam pela primeira vez do Conselho Local de Saúde. (ver apêndice III, pág.128)

CAPÍTULO II

ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

2.1. A Difícil Arte dos Processos Avaliativos

Dominar um instrumental de avaliação de programas e projetos sociais não é uma tarefa das mais fáceis. A pesquisa avaliativa cresceu na esteira do método científico como meio de aferir o modo de tratar os problemas sociais. Isso significa que apesar de “suas raízes históricas remontarem ao século XVII, o emprego generalizado de avaliações sistemáticas teve um desenvolvimento relativamente recente. A aplicação de métodos de pesquisa social à avaliação coincide com o crescimento e aprimoramento do próprio método científico” (BARREIRA, 2000:19).

No século XX, o desenvolvimento da avaliação está diretamente relacionado com a evolução da estrutura política, econômica e social ocorrida. Mas, ainda no século anterior, os Estados Unidos foram o país que mais se empenhou em processos de avaliação de programas e projetos sociais. Pelo trajeto histórico de difusão da avaliação, Contandriopoulos (2000:29) faz a seguinte observação:

A avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de avaliação. Hoje, a avaliação é também um conceito que está em moda, com contorno vago e que agrupa realidades múltiplas e diversas.

Em relação ao Brasil, a pesquisa de avaliação é ainda incipiente. Somente na década de 1980, a avaliação de políticas sociais começou a desenvolver-se e, mesmo assim, de forma desigual entre os diferentes tipos de políticas sociais

(FIGUEIREDO & FIGUEIREDO,1986). Porém, somente na década de 1990, a avaliação de políticas e programas sociais ganha importância política.

Contandriopoulos (2000:31) enfatiza que antes de definir um conceito de avaliação faz-se necessário ter claro o que se entende por intervenção:

Uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Quando se trata de conceituar o que seja avaliação, normalmente encontramos na literatura sobre o assunto um conceito chave: “avaliar é basicamente um julgamento de valor, é uma atribuição de valor” (SUCHMAN,1967 apud BARREIRA:17). Quando se trata de avaliação de impacto ou de efetividade para programas e projetos sociais, verificamos que as abordagens iniciais datam de 1950, principalmente por meio das agências de desenvolvimento, quando se “avaliava os impactos econômicos, sociais, ambientais dos projetos antes da implementação dos mesmos para só depois aprová-los, ajustá-los ou rejeitá-los” (ROCHE, 2001:36).

Só no início da década de 80 surgiram novos métodos de pesquisa que visavam a tornar as pessoas e as comunidades participantes sujeitos ativos, em vez de objetos de avaliação e, com isso, uma nova definição de avaliação de impacto ou efetividade foi sendo construída, conforme indicação de Roche. Vejamos:

Avaliação é a análise sistemática das mudanças duradouras ou significativas - positivas ou negativas, planejadas ou não - na vida das pessoas e ocasionadas por determinada ação ou série de ações, compreendendo como impacto a mudança na qualidade de vida das pessoas, diferenciando-se de um simples resultado ou efeito da ação (2000:37).

Se a avaliação de programas sociais em si já guarda especificidades próprias, quando se trata de avaliá-los no contexto da América Latina e do Brasil, requer-se a necessidade de utilização de métodos próprios de interpretação e de avaliação, pois segundo Barreira (2000:42), devemos considerar que “nossos

problemas são essencialmente sociais, econômicos e políticos, com ênfase na desigualdade de renda e na situação de pobreza e exclusão social”.

Pedrosa (2001) argumenta que a avaliação em sentido amplo de representação valorativa de alguma coisa ou fato presente em nosso cotidiano representa o dispositivo que nos leva a elaborar julgamentos que justificam consciente ou inconscientemente nossas ações.

Avaliação no sentido que lhe é atribuído no campo científico e, mais recentemente, no plano das instituições, significa uma ação organizada sob princípios de metodologia científica, com o objetivo de julgar se o esforço empreendido para atingir determinados fins foi alcançado com sucesso, como foi realizado e quais foram beneficiados com tais ações (PEDROSA, 2001:262).

Contandriopoulos (2000:31) vem afirmar que apesar das mais diversas definições de avaliação construídas no processo de amadurecimento do tema, podemos adotar uma definição que hoje é objeto de amplo consenso: “Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.

2.2. A Constituição da Política de Saúde no Brasil

A reestruturação dos mecanismos de acumulação capitalista, nas décadas de 1980 e 1990, foi bastante desfavorável para as políticas públicas, em especial as políticas sociais. O avanço da ideologia neoliberal corrói, com muita rapidez e intensidade, as conquistas históricas no tocante aos sistemas de proteção social, redirecionando as intervenções do Estado em relação à questão social. Nesse cenário, a Política de Saúde brasileira sofreu enormes impactos com a presença de características privatizantes, mas que já se faziam presentes ao longo de sua constituição histórica.

Dois modelos de atenção à saúde, quais sejam: o Sanitarista Campanhista e o Médico-Assistencial Privatista são identificados, antes da década de 1980, como respostas aos problemas de saúde, mas dentro da lógica de intervenção comandada pela necessidade da esfera econômica (CONH, 2002; MENDES, 1999; SIMIONATTO, 1997).

Como a maioria dos países da América Latina, o Brasil experimentou um surto de crescimento econômico relativamente estável a partir das décadas finais do século XIX. O processo de crescimento foi estimulado por rápida expansão da produção de café para exportação.

Durante esse período, o Brasil apresentou um processo geral de modernização: urbanização, expansão das comunicações e migração interna, etc. Dentre todos, o mais importante foi o fenômeno da urbanização. Como outros países de desenvolvimento capitalista retardado, o Brasil passou a contar com uma região mais desenvolvida e moderna cercada de regiões periféricas mais atrasadas e tradicionais (VASCONCELOS, 2001).

Como resultante desse processo, a vida nas grandes cidades, a exemplo de Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, passou por mudanças profundas. Com a abolição da escravatura, há um fluxo intenso de mão-de-obra livre, aumentando o contingente de subempregados e desempregados já existente.

Era enorme o fluxo de imigrantes do exterior e das regiões rurais. Calcula-se que, em 1890, apenas 45% da população do Rio era nascida na cidade. Havia grande falta de moradias, mormente para os pobres, que eram obrigados a viver em cortiços em condições precaríssimas. A criminalidade era assustadora. Era grande o número de menores abandonados. Os velhos problemas de abastecimento de água, de saneamento e de higiene viram-se agravados de maneira dramática no início da República com o mais violento surto de epidemias da história da cidade (...) Havia um clima de agitação política, intelectual e trabalhista que se chocava com um poder central estruturado sobre oligarquias rurais (CARVALHO, 1987 apud VASCONCELOS, 2001).

Essa situação começou a ameaçar os interesses da economia agroexportadora baseada no café e a estabilidade do regime republicano recém-instalado. Desde o início da República várias medidas de combate às epidemias de varíola e febre amarela começaram a fazer parte do cotidiano das principais cidades, no intuito de varrer as ameaças ao setor de exportação cafeeira.

Aos poucos, todo um aparato foi sendo criado para atender às necessidades que a situação imprimia. Porém, as respostas dadas por meio das campanhas sanitárias tinham como componente fundamental o interesse da burguesia agroexportadora e não o alívio das doenças da população. O interesse centrava-se na manutenção do fluxo e continuidade da vinda de mão-de-obra estrangeira. A intervenção sobre a população pobre acontecia porque era a forma de combater a transmissão. E esta população sobre a qual a saúde pública intervinha era vista com desprezo pelo aparato estatal (VASCONCELOS, 2001).

O modelo de intervenção era baseado numa perspectiva higienista na qual se desenvolveu o argumento de que era necessário controlar e domesticar o mundo irracional de paixões populares, de estrangeiros que agitavam e assediavam as cidades. A população mostrava-se abertamente hostil às formas de enfrentamento realizadas pelo aparato estatal.

As práticas de saúde que se seguiram foram extremamente autoritárias. Nesse sentido, houve importante influência da doutrina denominada de "polícia médica", desenvolvida sobretudo na Alemanha de Bismarck, na segunda metade do século XIX, a qual partia do pressuposto de que ao Estado cabia assegurar bem-estar e segurança para o povo, mesmo que contrariando os interesses individuais, justificando-se assim o controle coercitivo sobre os problemas sanitários como mecanismos de assegurar a defesa pelo Estado dos interesses gerais da nação (VASCONCELOS, 2001:84).

Em 1920, ainda na fase da economia agroexportadora, tem-se a criação das Caixas de Aposentarias e Pensões (CAP's), impulsionadas pela Lei Elói Chaves, primeiramente beneficiando os trabalhadores ferroviários, para em seguida proliferar-se entre as categorias profissionais que davam sustentabilidade ao modelo econômico vigente.

Com a pressão do movimento grevista e sob a influência internacional dos países vizinhos e da repercussão do Tratado de Versaille de 1917, o governo iniciou uma mudança em relação às demandas sociais, promulgando a Lei de Acidentes de Trabalho em 1919 e criando as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões (FLEURY, 1994:179).

Cabiam às CAP's, entidades públicas com enorme autonomia em relação ao Estado, o atendimento assistencial por meio de benefícios, como a aposentadoria

e pensões, e a prestação de serviços, principalmente, a assistência médica. O seu gerenciamento era repartido entre as representações dos empregados e empregadores. No tocante ao financiamento, apesar de tripartite, recaía sobre o trabalhador o ônus de arcar com o custeio desse seguro, mediante o desconto do salário direto e na condição de consumidor de bens e serviços (CONH et al, 1991).

Trata-se do início da dicotomia que marcará profundamente a condução da política de saúde brasileira: o enfoque curativo separado do preventivo. De um lado, tem-se o Estado, por meio do Ministério da Saúde, respondendo aos problemas de saúde a partir de campanhas sanitárias, em estilo militarista, visando a sanear os espaços de circulação de mercadorias exportáveis para erradicação ou controle das doenças que poderiam trazer prejuízos à exportação (MENDES, 1999). Por outro lado, como as CAP's contavam com um volume insuficiente de recursos para construir uma infra-estrutura de serviços médico-assistenciais, esses são contratados com base na oferta de serviços da iniciativa privada. Neste caso, o Estado assume papel secundário no que se refere à assistência médica. Em tese, o que se tem na década de 20 é uma concepção de assistência médica, muito mais que restrita à saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública, ou mesmo à demarcação de uma lógica de privatização dos serviços médicos (CONH, 1999).

A década de 1930 vem propiciar um aprofundamento desse modelo, com a unificação das CAP's, por meio da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Vive-se, no Brasil, o início do processo de modernização e industrialização, intensificados pela ação do Estado. Trata-se da superação do modelo agroexportador que culminará no chamado modelo de substituição de importações, fortemente viabilizado no período de 1945 a 1960.

Cada IAP tinha sua administração, sua legislação e sistema contributivo e de benefícios próprios, cuja liberalidade dependia do poder de barganha de cada categoria de trabalhadores. No entanto, tinha em comum o controle estatal, dado sua vinculação ao Ministério do Trabalho, tanto em termos da participação dos representantes da categoria – indicados pelos sindicatos e sancionados pelo ministério – quanto da gestão dos fundos – concentrados nas mãos do governo (FLEURY; 1994:193).

Entre 1930 e 1960, verifica-se uma certa associação entre desenvolvimento econômico e políticas sociais que têm na política previdenciária a

sua base de sustentação, trazendo como características fundamentais a extensão dos direitos sociais marcadas pela idéia da “cidadania regulada”¹, e a lógica da política de seguro social articulada com a necessidade de investimento por parte do Estado em setores que favorecessem o processo de industrialização (CONH, 2002).

Com a intensificação do modelo de desenvolvimento industrial no Brasil, há profundas alterações na condução da política de saúde, “o foco deixa de ser a preocupação com os espaços de circulação de mercadorias para uma atuação sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando a sua capacidade produtiva” (MENDES, 1999:59). É quando se observa o crescimento da atenção médica individual da Previdência Social, resultando na conformação e hegemonia, na década de 60, do modelo médico-assistencial privatista.

No período do regime burocrático-autoritário, implantado em 64, esse modelo de atenção à saúde aprofunda-se com ações centradas numa visão médico-hospitalar, sem deslocamento da assistência médica-individual-previdenciária. Em suma, há um esvaziamento das ações de caráter coletivo, de certa forma presente no modelo campanhista, em favor da assistência médica individual. (VASCONCELOS, 2001; SIMIONATTO, 1997).

Esse modelo centrado no indivíduo ou fundado em ações médico-hospitalares tem como principal referência o Relatório Flexner², publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, nos Estados Unidos. Ao longo dos anos, há um nítido desgaste desse modelo e sua superação começa a ser apontada nas agendas das políticas internacionais de saúde, a partir da década de 1970, sendo confirmada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em 1978, no Casaquistão: a conhecida e celebrada Declaração de Alma-Ata, que aponta como diretriz fundamental a melhoria dos níveis de saúde no mundo e, em particular, nos países em desenvolvimento (MENDES, 1999; CONH, et al, 1991; VASCONCELOS, 2001).

¹ A autora utiliza o termo de Wanderley Guilherme dos Santos, em que o mesmo define “cidadania regulada” o reconhecimento de cidadania somente para aqueles que apresentam uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei.

² O Relatório Flexner é amparado por um conjunto de elementos, tais como: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo. Esse modelo é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença, influenciando durante décadas a maioria dos sistemas de saúde em nível mundial, apesar de que até hoje a sua influencia ainda é muito forte, principalmente quando tratamos de analisar os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento (MENDES, 1999).

A Declaração de Alma-Ata vem confirmar a tendência mundial de progressiva valorização da prioridade de expansão de serviços de atenção primária como estratégia de reorganização do setor saúde (VASCONCELOS, 2001). A partir do referido documento, a Atenção Primária passa a ser compreendida enquanto assistência sanitária ao alcance de todos os indivíduos, a família e a comunidade em geral, numa visão integral entre sujeito e contexto social. Com esse entendimento, a participação da comunidade aparece como um espaço favorável à superação da dicotomia entre saber técnico e saber popular, presentes no paradigma Flexneriano. Nesse sentido, é baseada em métodos e tecnologias práticas, mas nem por isso sem a exigência de que sejam cientificamente bem fundamentadas (OMS,1978; VASCONCELOS, 2001).

A proposta contida na Declaração de Alma-Ata, em que pese o debate sobre os diversos modelos de atenção à saúde, evidencia a necessidade de um padrão de atenção primária integral, em vez de um padrão de assistência médica primária ou mesmo de uma atenção primária seletiva ou focalizada em Saúde (MACDONALD & WARREN, 1991 Apud VASCONCELOS, 2001). Nessa perspectiva o eixo principal da atenção primária passa a ser o apoio do Estado aos indivíduos e aos grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde. Porém, a maioria das orientações e práticas emergentes, incentivadas pelos organismos internacionais, apresentou a utilização instrumental e simplificadora dos dados culturais locais sob o pretexto de tornar as mensagens educativas mais compreensíveis e atraentes para a população, não havendo, deste modo, uma ruptura da primazia do saber científico em relação ao saber popular. (VASCONCELOS, 2001).

No Brasil, ao final da década de 70, o Movimento Sanitário formado inicialmente por profissionais da saúde e tendo a adesão de diversos segmentos da sociedade civil, consegue articulação política no tocante à necessidade de pensar a saúde numa perspectiva coletiva. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, sintetiza os anseios da sociedade brasileira por profunda mudança na Política de Saúde (CONH, 1999; MENDES, 1999; SIMIONATTO, 1997).

Dentre as transformações que o movimento de Reforma Sanitária Brasileiro propôs ao longo das décadas de setenta e oitenta, mas só consolidada na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, uma das mais importantes, foi

justamente a mudança da concepção do processo saúde/doença na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem-se, a partir de então, a formulação de novo conceito de saúde, o qual, na Constituição Federal de 1988, artigo 196, aparece como: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”(BRASIL, 1988).

Na década de 80 a saúde passou a ter um novo perfil, enquanto política pública colocando em pauta o papel do Estado como executor das políticas públicas, que reconhecia a saúde como simples acesso aos serviços prestados pelas instâncias de governo. Esta concepção de saúde começa então a ser revista e a “sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologias)” (LUZ, 1994:135).

Se no campo jurídico e conceitual os avanços foram concretos, o cenário macro-econômico brasileiro sinalizava uma profunda crise. Mendes (1999) destaca que as políticas públicas, e em particular o setor saúde, já sentia o reflexo da crise econômica, que, na verdade, já se arrastava silenciosamente décadas após décadas. É nesse contexto que a década de 1980 aponta um cenário diverso do que tínhamos anteriormente, com a disputa de dois projetos buscando saídas para a crise na saúde: o contra hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal), proposta de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista que, favorecida pelas políticas públicas do período, este último acabou se consolidando (CASTRO, 1999; PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000; WESTPHAL & ALMEIDA, 2001; BRAVO & MATOS, 2002).

Em 1992, realizou-se, em Brasília, a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde: Municipalização é o caminho”, com acentuada participação dos municípios brasileiros, numa demonstração da capacidade de articulação, organização e mobilização da sociedade civil, no tocante à questão da saúde. Realizada após seis anos da VIII Conferência, vem reafirmar, em meio ao governo neoliberal de Fernando Collor, a defesa do SUS. Nesse período, vivíamos um quadro de recessão econômica, com agravamento da questão social, uma política de privatização e redução do papel do Estado, com conseqüências diretas no

direcionamento das políticas sociais, e, em especial, na redução do financiamento da política de saúde.

Em 1996, as discussões em torno do tema central da X Conferência, “Construir um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, reafirmaram o direito universal à assistência integral e igualitária à saúde. O conceito de saúde foi mais uma vez tomado em seu sentido mais amplo, de direito às condições dignas de moradia, trabalho, alimentação, cultura e lazer. Quanto ao acesso à assistência à saúde, foram aprofundadas as discussões em torno do financiamento do setor saúde e da necessidade de defesa da seguridade social.

Esse contexto de disputa de dois projetos na política de saúde vem destacar que o âmbito das relações entre Estado e a sociedade civil é permeado por lutas e desigualdades, ou como define Chauí (1993:227) é o “lugar da manifestação dos conflitos econômicos e do conflito de opinião entre os particulares, numa forma belicosa de coexistência ditada pelos interesses”.

Dentro dessa compreensão, assistimos na década de 1990 ao fortalecimento do projeto neoliberal no Governo Fernando Henrique Cardoso, por meio da Reforma do Estado, que considerava a Constituição de 1988 um empecilho ao processo de “modernização” e “abertura” do país, devido ao seu caráter universalista no tocante às políticas sociais. Nesse sentido, propôs como medida para corrigir as supostas “distorções” ou “desvios” do Estado a transferência para o setor privado daquelas atividades que [podiam ser] “controladas” pelo mercado (NORONHA & SOARES, 2001).

A repercussão nas políticas sociais, e em especial na saúde, na década de 90, foi que as mesmas perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como regional e estadual. Com isso, acabaram caindo, como bem afirmam Noronha & Soares (2001:446) “numa visão focalista onde o (local) é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais (eficientes) e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão (comunitária) onde as pessoas e as famílias passam a ser responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar”.

Embora no processo de discussão da Constituição de 1988 estivessem presentes interesses variados na condução da política de saúde, o relatório da VIII

Conferência Nacional de Saúde serviu de referência para os constituintes, no sentido de assegurar a saúde como um direito social universal a ser garantido pelo Estado, além da ampliação do conceito de saúde, conforme os princípios da reforma sanitária. Instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma inflexão na evolução institucional do Brasil, ao introduzir novo arcabouço jurídico brasileiro no campo das políticas de saúde (ANDRADE, 2001). Não obstante os avanços alcançados, o modelo médico-assistencial privatista, ainda predominante no Brasil, caracteriza-se pela prática “hospitalocêntrica”, individualismo, utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e de baixa resolubilidade, gerando um grau de insatisfação para todos os partícipes do processo: gestores, profissionais de saúde e população (MENDES, 1999).

Nesse sentido, mesmo a Constituição de 1988 redirecionar a política de saúde, a exemplo da definição das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e hierarquização das ações e a participação da comunidade, na década de 1990, no Brasil, a tendência privatizante é enfatizada ao longo desse período. Muitas das reformas na política de saúde são apoiadas por organismos financeiros internacionais, a exemplo do Banco Mundial, cujos pressupostos e diretrizes divergem bastante dos projetos originais da reforma sanitária, principalmente, no que tange ao princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1999).

O referido organismo financeiro orienta aos Estados a responsabilizar-se apenas pela universalização da atenção básica em saúde, contando algumas vezes com parcerias de organizações não-governamentais. Deste modo, os serviços de nível secundário e terciário, por serem classificados como não essenciais, devem ser prestados pela iniciativa privada por meio de Seguro Saúde do tipo pré-pagamento, predominando, pois, uma lógica economicista (CONH, 1999).

No Governo Fernando Henrique Cardoso, em função da crise fiscal do Estado, ficou explícita essa condução, a partir do atendimento das recomendações do Banco Mundial, “ao valorizar programas que atendam a relação custo-benefício em detrimento da equidade, e na área da saúde, ações focalistas, integrantes do pacote chamado de cesta básica de serviços” (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1993:51).

De fato, o que vem aparecendo como tendência na Política de Seguridade Social, e em destaque na Saúde, é a focalização em grupos vulneráveis e em situação de risco ou a chamada “saúde para os pobres”. Essa perspectiva, na verdade, não significa uma preocupação do poder público em reduzir as causas de adoecimento dessas populações, até porque fragmentar a política de saúde em programas estanques reforça ainda mais uma concepção restrita de saúde tão difícil de superar no cotidiano (CONH, 1999).

Essa situação significa exatamente a valorização e o crescimento do setor privado, através dos planos e seguros de saúde, comprovando dessa forma o caráter individualizante da intervenção estatal no setor, que acaba atribuindo ao usuário a responsabilidade quase total pelo cuidado com a saúde. Com isso, o que “o texto constitucional consagrou como direito legítimo do cidadão, a saúde foi convertida em simples mercadoria e a luta pela efetivação desse direito foi reduzida a um mero ato de consumo” (OLIVA AUGUSTO & COSTA, 2000:215).

É preciso ter em conta que a cultura narcisista da modernidade tardia favorece a posta em marcha pela economia capitalista de um ciclo infinitamente ampliável de consumo de bens e serviços voltados para a saúde, que passou a ser entendida nesse sentido de perfeição do corpo. Os hábitos e atitudes tidos como adequados redundam na escolha de certos itens de consumo na forma, por exemplo, de alimentos “dietéticos” e equipamentos de exercício, que se incorporaram ao cotidiano não só do executivo como também de cada cidadão de classe média. Que a saúde é cada vez mais entendida como formosura do corpo, bom preparo físico e resultante de um conjunto de práticas de corpo, é atestado, entre outras coisas, pela incrível proliferação das “academias” e das “clínicas de estética (NOGUEIRA, 2001:64).

O que os meios de comunicação tratam de nos assegurar é que o mais importante em matéria de saúde para as pessoas é obter um corpo saudável e que isso depende essencialmente das iniciativas de esforços de cada um. É a higiomania³ presente no cotidiano de milhões de pessoas em busca de saúde.

Para Nogueira (2001) a higiomania é autonomista no sentido de estar a saúde ao alcance das pessoas, desde que todos sigam a norma correta de estilos de vida, adotem certos hábitos e evitem os riscos sobre os quais são advertidos.

³ Para Nogueira (2001) a saúde na modernidade tardia passou a ser mais que cultivada, é agora adorada, tornou-se uma mania coletiva de saúde.

Para o autor, o que aponta como novo nesse cenário é uma tremenda ênfase dada à responsabilidade individual na construção da saúde.

A saúde não é mais representada como um estado de bem-estar, mas como uma condição aparente do indivíduo na relação com seu corpo e o ambiente. Individualiza-se no corpo e no comportamento que temos a seu respeito, nos nossos hábitos e nas escolhas que realizamos em cada forma de estilo de vida. Essa noção tem uma inspiração higienista clara (NOGUEIRA, 2001:67).

Nessa perspectiva de análise, o papel do modelo hegemônico é promover uma decisão informada sobre os riscos à saúde pelos clientes, cujo comportamento passa a ser tratado como total responsabilidade própria. O auto-cuidado é algo fundamental para que o indivíduo possa ter um bom estado de saúde, porém, a perspectiva imposta na atualidade desconsidera todos os aspectos sociais, econômicos e culturais presentes na vida das pessoas. Vejamos a afirmação abaixo em relação à higiomania:

Como visão dos “comportamentos de risco”, é limitada, porque o indivíduo, nesse contexto, é tido como o maior responsável por sua saúde ou culpado por sua doença. Por adotar estratégias que tratam o fenômeno educativo na sua exterioridade, esquecendo que se lida com opções, desejos, necessidades, estilos de vida, crenças e valores, com a subjetividade enfim da pessoa, desconsidera, também, que as soluções dos problemas de saúde requerem soluções socialmente sustentadas do ponto de vista cultural e político-econômico (STOTZ, 1993 apud Smeke & Oliveira, 2001:127).

O pano de fundo disso tudo é que em todos os países do mundo industrializado e em muitos países em desenvolvimento – e neste caso o Brasil é um exemplo ímpar – houve ênfase na privatização da assistência médica, juntamente com a sua especialização e tecnificação, resultando numa medicina que busca o lucro em primeiro lugar e é menos humana e mais medicalizada (VALLA, 2001).

Apesar das dificuldades encontradas ao longo das duas últimas décadas para a implantação de um novo modelo de atenção à saúde, seja do ponto de vista do quadro socioeconômico, seja dos interesses divergentes presentes na cena política brasileira, cada vez mais, ganham espaços as estratégias identificadas com a proposição afirmativa de saúde, ou seja, a compreensão de saúde como um processo de produção social que se expressa na melhoria da qualidade de vida de

uma população (MENDES, 1995). Isso traduz, o que anteriormente ressaltou-se, uma disputa entre dois projetos, situando, pois, a área da saúde em uma arena de conflitos e interesses divergentes.

Com base nessa afirmação, Mendes (1999) destaca que o modelo assistencial proposto pelo SUS baseia-se numa concepção atualizada do processo de saúde-doença e numa nova visão de intervenção nesse processo, ou seja, num novo modelo de prática sanitária. Primeiramente, evoluindo de uma concepção negativa de saúde como ausência de doença, para uma concepção afirmativa da saúde como qualidade de vida. Depois evoluindo das práticas centradas na assistência individual para as práticas capazes de intervir no processo, por meio de ações integrais de saúde.

Para superação do paradigma anterior, Mendes (1999) propõe a construção social de um novo sistema de saúde fundado em três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária. Esse novo paradigma sanitário⁴, o autor denomina de produção social da saúde.

O que fundamenta a teoria social da produção, segundo o autor, é que “salvo a natureza intocada, tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade” (MENDES, 1999: 239). Portanto, entende a saúde como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhes são determinantes, sobre o estado de saúde acumulado e sobre as conseqüências da perda da saúde.

Essa nova prática sanitária, denominada de Vigilância à Saúde, vem ganhando contornos na constituição da política de saúde brasileira, correspondendo, pois, a uma combinação de práticas sanitárias, intervindo nos diversos estágios e múltiplas dimensões do processo saúde-doença, numa tentativa de satisfazer as necessidades individuais, assim como as necessidades coletivas de saúde, operando de forma intersetorial, por meio de diferentes estratégias de intervenção (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000; MENDES, 1995 & 1999).

⁴ Mendes (1999:237) entende por paradigma, partindo da versão Kuhniana sociológica, o conjunto de elementos culturais, de conhecimento e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica.

2.3. A Atenção Primária no Contexto da Política de Saúde Brasileira

A medicina Flexeneriana foi amplamente implementada inicialmente nos Estados Unidos e Canadá, entre o período de 1910 e 1930, com intenso impacto particularmente sobre a prática médica e sobre os hospitais em geral, e seus efeitos são sentidos com grande intensidade até em nossos dias. Na América Latina, e em particular no Brasil, sua influência é sentida a partir da década de 1940. Nesse modelo, o médico de família era visto como aquele que atuava fora do hospital, com um padrão mínimo de qualificação ou mesmo de formação precária.

Vale ressaltar que os propósitos da reforma Flexner ancoraram-se na medicina como ciência, em oposição ao empiricismo. A concepção científica da medicina, nele contida, fundava as bases do saber médico na física, química e biologia, junto com a prática médica, por sua vez concebida como aplicação e produção dessas ciências. A clínica consistia na base fundamental da prática médica, por sua vez articulada à pesquisa, tendo o hospital como seu *locus* privilegiado, junto com a pesquisa laboratorial. Clínica e laboratório, enfim, eram os pilares da atividade médica (CANESQUI, 2000:27).

Contraopondo-se às idéias de Flexner, Bertarnd Dawson publica, em 1920, o relatório Dawson⁵, propondo a reestruturação dos serviços de saúde ingleses. Defendeu na Inglaterra a necessidade de um sistema público de saúde organizado por níveis de complexidade, no qual o médico generalista trabalharia apoiado por profissionais de enfermagem, em uma unidade básica de saúde, a fim de proporcionar acesso universal com atenção à saúde voltada para as necessidades da população (HAQ, 1996 *apud* ANJOS, 2001).

Dentro desse processo de reestruturação, o relatório Dawson distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primária, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos vínculos formais entre os

⁵ O Relatório Dawson baseava-se nos seguintes princípios: o Estado como provedor e controlador de políticas de saúde; os esforços são coordenados para o trabalho em equipe nos serviços de saúde; desenvolvimento de instituições especialmente designadas para o diagnóstico e o tratamento de casos agudos, integração entre medicina curativa e preventiva. A concepção de regionalização dos serviços de saúde, como forma de coordenar os aspectos preventivos e terapêuticos de uma região. Indicava ainda a necessidade do estabelecimento de estreita relação entre os serviços de saúde e a população, a partir de centros de atenção primária voltadas para as famílias daquela região (Silva Júnior, 1998).

mesmos e descritas suas funções específicas. Nesse sentido, conforme Starfield destaca:

Foram criadas as bases para o conceito de regionalização, ou seja, um sistema de organização de serviços planejados para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção, cada um com setor de atenção médica primária identificável e em funcionamento (2003:30).

A catalogação da atenção primária à saúde como doutrina deu-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Essa conferência expressa a necessidade de uma ação urgente para que todos os países, particularmente, os países em desenvolvimento, e alguns organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, bem como todos que trabalham no campo da saúde passem a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários em saúde.

Starfield (2003) analisa que a conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos, programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicação tradicional.

A partir da Conferência de Alma-Ata ficou explicitado que os governos deveriam formular estratégias que modelassem os seus sistemas nacionais de saúde e a implementação da atenção primária, por intermédio de programas e serviços essenciais, ampliação da cobertura e do acesso, estruturação de um sistema de referência e participação comunitária. Os programas passaram a ser definidos como tecnologias ofertadas para a difusão de uma determinada técnica considerada como de grande eficácia (OMS, 1978).

Atenção primária à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados

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, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, da qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social 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, constituído o primeiro elemento de um processo continuado à saúde (OMS, 1978)

Nesse sentido, em nível mundial aparece uma nova agenda no campo da saúde, indicando como principais aspectos a constituição de sistemas e atenção primária em saúde, descentralização, participação e controle social. Ao mesmo tempo, uma nova concepção de saúde passa a ser delineada, assumindo o sentido de um “Estado de pleno bem-estar físico, mental e social”, e na década de 80, consolida-se uma visão mais ampliada de saúde, como determinação social da doença” (GUEDES, 2001).

Em relação ao Brasil, alguns caminhos foram percorridos para a implementação da política de saúde, em particular, no tocante à expansão de serviços de saúde na atenção primária. A primeira metade da década de setenta caracterizou-se pela adoção do modelo focal de medicina ou saúde comunitária, influência direta dos movimentos da medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária e medicina familiar implantados a partir da década de 60 nos Estados Unidos, como parte da chamada “guerra à pobreza” direcionada pelas agências governamentais e universidades (SILVA JÚNIOR, 1998 *apud* ANJOS, 2001). Este modelo consiste na implantação de serviços básicos de saúde para populações pobres das periferias urbanas ou residentes de áreas rurais sem acesso aos serviços de saúde, numa tentativa de integração de ações preventivas e curativas, com ênfase em atividades externas, a exemplo de visitas domiciliares, trabalho, saneamento, reuniões educativas, etc. (PAIM, 1998)

Para Paim (1998), a segunda metade da década de setenta representa um momento de maior expansão dos serviços básicos de saúde por meio da adoção de um modelo expansionista (CORDONI, s/d) ou de reprodução ampliada de saúde comunitária. Trata-se da implantação de programas de extensão de cobertura (PECs), tendo como referência a experiência do modelo focal e recomendações de

organismos internacionais, tal como disposto no Plano Decenal de Saúde das Américas (OPS/OMS, 1973).

Na V Conferência Nacional de Saúde, em 1974, foi discutida a criação de um Sistema Nacional de Saúde, no qual ficaria clara a responsabilidade de cada esfera governamental, num início do processo de descentralização das ações em saúde. Porém, em face das inúmeras críticas e resistência do setor privado e de setores da burocracia previdenciária, a opção foi a implantação de um conjunto de programas especiais no âmbito do Ministério da Saúde. De todas essas iniciativas, reconhecidas como “políticas racionalizadoras” (PAIM, 1991), destaca-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), que representou a maior expressão dos PECs no Brasil:

O PIASS foi criado em 1976, no intuito de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, além de representar um espaço político-institucional para as iniciativas de modernização das burocracias da saúde e para o envolvimento de prefeituras na execução de ações de saúde e saneamento, através de convênios. Ao mencionar a participação comunitária entre os seus objetivos, este programa legitimava um conjunto de esforços visando à incorporação dos atendentes de saúde na força de trabalho do setor e das representações comunitárias no processo político da saúde (PAIM, 1989: 7).

Esses indicadores demonstram que a condução da política de saúde brasileira, com ênfase na atenção primária, afinava-se com as propostas dos organismos internacionais, a exemplo da realização da Conferência de Alma-Ata. O Brasil, mesmo não tendo participado da referida conferência, sofreu influências na formulação das políticas de saúde nas últimas décadas.

Apesar da VII CNS em 1980 constituir-se em momento privilegiado para a discussão das propostas da Conferência de Alma-Ata e conseqüentemente das metas da Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000), o governo empenhou esforços no sentido de integrar os ministérios da Saúde e da Previdência em torno do PREV-SAÚDE. Esse representava uma ambiciosa tentativa de reorientação do sistema de saúde, numa perspectiva de integrar as ações entre os ministérios acima mencionados e as secretarias estaduais e municipais de Saúde, apresentando um conjunto de diretrizes de reforço à atenção primária de saúde, à participação da comunidade, à regionalização de serviços, ao sistema de referência e contra-

referência, à integração de ações preventivas e curativas, etc. Porém, em meio à crise financeira na previdência social e a oposição ao PREV-SAÚDE, o mesmo foi engavetado, assim como as metas da SPT-2000 caíram no esquecimento (MENDES, 1999; PAIM, 1998).

Nesse sentido, há um retrocesso na política voltada para a atenção primária de saúde na primeira metade da década de oitenta, no momento em que a mesma passa a apresentar caráter de programa de medicina simplificada para os pobres das áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de saúde brasileiro. Nas proposições elaboradas na VIII CNS, em 1986, isso refletiu, quando não se privilegiou uma ação voltada para a atenção primária. Entretanto, o ideário da SPT-2000 referente à integralidade, equidade, descentralização, intersetorialidade, à participação da comunidade, e à regionalização e hierarquização de serviços foi amplamente incorporado no corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 1998).

Ao longo das experiências acumuladas no tocante à organização da atenção primária, várias concepções têm fundamentado as práticas de saúde no Brasil e, com isso, podem, segundo Mendes (1999), ser agrupadas em três perspectivas: 1) estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir; 2) programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados de extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos; e 3) estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Concordando com Mendes, destacamos a atenção primária como nível de atenção, concebendo-a, contudo, como estratégia que não será a de reordenar todo o sistema de saúde, mas seu nível de atenção primária. É o que o autor afirma em relação à atenção primária, senão vejamos:

Ao constituir-se como estratégia de reformulação da atenção primária, por meio da saúde da família, irá catalisar o reordenamento dos níveis secundário e terciário, mediante estratégia complementar, o consórcio de saúde. (1999:272)

Em meio aos diversos contextos sociais, econômicos e políticos que acabam refletindo nos diversos tipos de respostas governamentais à política de saúde, e em particular à atenção primária, na atualidade, podemos destacar, conforme Paim (1998:11), a existência de duas possibilidades que vêm sendo indicadas para a análise desse nível de atenção à saúde: “APS como espaço tático-operacional de reorientação de sistema de saúde, mediante a implantação de distritos sanitários ou silos; e APS como concepção e teste de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população” (PAGANIMI,1990; MENDES,1990).

Diante dessas possibilidades, a atenção primária é considerada a base de um sistema de saúde racional, que se bem organizado constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo (Mendes, 1999).

Dentro dessa ótica, Mendes (1996, *apud* NETTO & VILLAR (2000:38) destaca que a reorganização da atenção primária à saúde, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família, reafirma a compreensão de que “uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definida, desenvolve ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat, de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase relativa no promocional e no preventivo, com alta resolubilidade, com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos ou sociais, e articulando-se com outros setores que determinam a saúde”.

2.4. O Programa Saúde da Família: uma possibilidade de reestruturação da atenção primária.

No cenário de disputa entre o público e o privado na condução da política de saúde brasileira, dois projetos ganham destaque especial na década de 1990: o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O primeiro, implantado em 1991, teve como objetivo contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de mortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. O PACS foi o primeiro programa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, introduzindo a noção de área de cobertura por família. Foi

nesse sentido que o eixo do PACS impulsionou a formulação do segundo projeto, o PSF (VIANA & DAL POZ, 1998). O Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, buscava valorizar os princípios de territorialização⁶, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe multiprofissional, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros. (SOUZA, 2000).

Num primeiro momento, o Programa Saúde da Família, segundo Souza (2000), não foi valorizado pelo Ministério da Saúde (MS), porque contrariava a lógica de focalização que imperava nas recomendações referidas. Afinal, os modelos de Saúde em Família, a exemplo do cubano e de outras experiências divulgadas, levavam em conta a concepção integral na atenção à saúde, algo que não interessava à política de estabilidade econômica brasileira do governo FHC. Portanto, o programa nasce de modo marginal, originado no Departamento de Operações da Fundação Nacional da Saúde, sem nenhuma articulação com os outros setores do Ministério da Saúde, e sem perspectiva de expansão. Um elemento que naquele contexto era alvo de críticas do movimento de reforma sanitária e de algumas entidades profissionais, dizia respeito, principalmente, ao focalismo das ações e à política de financiamento do sistema de saúde, completamente contrário em relação aos princípios do SUS.

O PSF foi criado através da Portaria Ministerial N°. 692, no âmbito do referido Departamento, junto com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e o de Interiorização do SUS (PISUS), concebido como mais um Programa na tradição dos programas verticais da Fundação Nacional de Saúde. A implantação do PSF inicia-se muito mais como resposta a uma demanda dos secretários de saúde municipais em busca de apoio financeiro direcionado a mudanças na rede básica de saúde. Ao situar o PACS e o PSF no contexto da década de 1990, considerada como a década de crise da saúde ou de reforma incremental⁷ verifica-se que esses

⁶ Mendes (1999) destaca que a nova prática da vigilância da saúde, para sua construção, necessita estar fincada em três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade. Para definição de território ele tem como referência Milton Santos, onde o mesmo utiliza a expressão território-processo, definindo esse espaço “como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento”.

⁷ Viana e Dal Poz (1998:16) definem reforma incremental ou reforma da reforma “o conjunto de modificações no desenho e operação da política [de saúde na década de 1990] (grifo meu). O

programas exemplificam uma perspectiva focalista na condução da política de saúde brasileira, seguindo as recomendações das agências multilaterais, como o FMI e o BIRD (VIANA & DAL POZ, 1998).

Só a partir de 1996 o PSF perde o caráter de Programa e passa a ser apresentado como estratégia de consolidação do paradigma sanitário conquistado nas décadas de 70 e 80, trazendo um avanço conceitual em relação aos modelos tradicionais, propondo reorientar os impasses da atenção primária à saúde (MENDES, 1999; ANDRADE, 2001; Fátima de Souza, 2002). A partir desse período o PSF traz a seguinte definição:

O Programa Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilidade e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer” (BRASIL, 1997a).

Algumas experiências municipais em Saúde da Família, a exemplo de Niterói-RJ, Curitiba-PR, Porto Alegre-RS e Quixadá-CE, tiveram repercussões positivas. Diante disso, o MS reorienta suas ações na tentativa de implantar a Estratégia Saúde da Família em todos os municípios brasileiros, com os seguintes objetivos: “Prestar na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população; Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Fazer com que a saúde seja reconhecida como direito do cidadão e, portanto, expressão

conjunto de mudanças pode ocorrer, separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços (mudanças nos sistemas e nas unidades prestadoras), nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde ou, ainda no modelo de prestação de serviços (modelos assistenciais)”.

de qualidade de vida e Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social". (MS, 1997b:10).

A década de 90 traz como eixo central de discussão no processo de implantação do SUS a questão dos modelos assistenciais⁸. A partir da X Conferência Nacional de Saúde, esta temática emerge ao reconhecer que apesar dos avanços no processo de descentralização, efetivamente se reproduzia no interior dos municípios o modelo hegemônico de assistência. Nesse sentido, o Ministério da Saúde elabora a NOB/96, da qual estabelecem as diretrizes para o processo de municipalização, introduzindo a questão dos modelos assistenciais. A NOB-SUS/96 é adotada com o desafio de reordenar a política de atenção à saúde da população, ampliando os campos da saúde, e direcionando recursos e atividades voltadas à implementação de inovações para a transformação do modelo assistencial, entre os quais situam-se o PACS e o PSF (Anjos, 2001).

Nos estudos realizados por Merhy, E.; Franco, T. (2001) referente aos modelos assistenciais, vem sendo estabelecida uma tendência analítica de compreender estes modelos numa dimensão assistencial e tecnológica, numa perspectiva de expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais.

No Brasil, segundo Campos (1989), podemos identificar a existência de vários modelos tecnoassistenciais pensados ao longo da trajetória de construção de políticas públicas de saúde no país. No entanto, três modelos que se destacam pela força que influenciaram e permanecem ainda presentes no contexto da política nacional de saúde: o Liberal-Privatista, o Racionalizador-Reformista e o Sistema Único de Saúde.

O modelo Liberal-Privatista é o mercado que organiza a produção e distribuição dos serviços de saúde. Ou seja, os serviços são constituídos não em função das necessidades de saúde da população, mas sim em função do mercado. Os usuários sempre têm que pagar pela assistência à saúde, diretamente por meio do desembolso pessoal ou de seguro privado ou, indiretamente, por meio da Previdência Social.

⁸ Segundo Campos (1989:53) modelos assistenciais é "o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las".

Neste modelo, o acesso aos serviços de saúde ocorre de forma desigual. Para a população de maior poder aquisitivo é organizado um sistema de alta tecnologia, com medicina em consultórios, com várias especialidades e com complexo hospitalar altamente especializado e confortável. Para o restante da população, para quem o Estado compra serviços, o atendimento é impessoal e de baixa resolutividade, e se faz mediante pronto atendimento em hospitais credenciados.

O referido modelo encontra-se em crise há mais de 30 anos. Crise esta compreendida em três dimensões: financeira, de eficácia e de legitimidade, em face das baixas coberturas, alto custo e pouco impacto sobre as reais necessidades de saúde da população. Devido a isso, impulsionou a proposta do modelo racionalizador-reformista.

O modelo assistencial racionalizador-reformista nasceu no interior dos organismos do Estado, trazendo a proposição de um conjunto de programas especiais elaborados no âmbito do Ministério da Saúde cuja execução competia ao Estado, com eventual participação do município. Seu objetivo era corrigir as principais distorções do modelo liberal, sem pretender acabar com a medicina de mercado. Como exemplo de propostas reformistas, têm-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A estratégia das AIS foi definida como caminho para a descentralização e fortalecimento dos municípios, e o SUDS como estratégia-ponte para a implantação do SUS, que possibilitou o processo de descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios e viabilizou a constituição dos distritos sanitários.

O terceiro modelo, o Sistema Único de Saúde, é um projeto em construção, no qual a organização e a distribuição dos serviços obedecem à lógica do planejamento e não do mercado, visando a atender às reais necessidades de saúde da população. O acesso aos serviços de saúde é universal, e tem a perspectiva de promover a integralidade da atenção, por meio da rede de serviços hierarquizada e regionalizada, organizada com diferentes níveis de complexidade, conforme a distribuição da população e do seu perfil de morbi-mortalidade.

O processo de construção do SUS tem sido marcado por uma luta contra a ofensiva da ideologia neoliberal, ou seja, a tentativa de romper com os princípios e diretrizes conquistados no marco legal e na ampliação do conceito do processo

saúde-doença. Uma das suas lutas tem sido a busca de construção de modelos assistenciais alternativos ao hegemônico, pela adoção de distintas propostas, como a implantação dos Distritos Sanitários e a Cidade Saudável, etc.

O Ministério da Saúde (BRASIL 1997a) considera que, embora iniciativas de transformação do Sistema de Saúde tenham sido implementadas, como exemplo, a criação dos Distritos Sanitários ou SILOS, seus resultados na estruturação dos serviços de saúde têm sido pouco perceptivos, por não promoverem mudanças no modelo assistencial.

Em estudos que buscam aprofundar o debate em torno dos diversos modelos assistenciais e o formato de organização do sistema de saúde, há uma discussão de base que vem ganhando destaque: são as diversas vertentes em torno da vigilância da saúde. Conforme Teixeira, Villasbôas e Paim, (1999), existem distintas vertentes em torno da “Vigilância da Saúde”, “Vigilância à Saúde”, “Vigilância em Saúde”, entretanto, todas têm em comum o uso da epidemiologia para análise da situação de saúde, subsidiando o planejamento e organização dos serviços de saúde, possibilitando a introdução de novas práticas de saúde e novos modelos assistenciais.

Conforme Villasbôas (1998), a expressão vigilância da saúde, surgiu no Brasil nos anos 90, com várias sentidos, onde se identifica num mínimo quatro formulações:

- Integração institucional entre práticas de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária (COSTA, 1998; TEIXEIRA et all, 1998).
- Análise da situação de saúde de grupos populacionais (CASTTELANOS 1991).
- Uma dada organização tecnológica do trabalho em saúde, conformado por práticas articuladas de prevenção de doenças e agravos, bem como de promoção, recuperação e reabilitação da saúde de grupos populacionais, em suas dimensões individual e coletiva (PAIM, 1994; MENDES, 1993).
- Vertente do planejamento em saúde no enfoque estratégico situacional (SCHRAIBER 1997; MERHY, 1995).

O PSF utiliza a concepção de Vigilância da Saúde, como prática sanitária, ou seja, a forma como a sociedade num dado momento, a partir do conceito de

saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde (MENDES, 1996).

Segundo Paim, (1999), a Vigilância da Saúde diferencia-se dos modelos hegemônicos pela mudança do objeto de atenção que são as necessidades de saúde da população; o sujeito é a equipe de saúde, o indivíduo não é o elemento passivo, é elemento ativo, portanto sujeito também do cuidado e auto-cuidado, saber/poder centrado na equipe de saúde, incluindo aí o indivíduo, e os meios de trabalho.

Nessa perspectiva a Vigilância da Saúde se insere como modelo assistencial alternativo, visando à integralidade da atenção e organizando a prática sanitária para intervir sobre os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde, estando o PSF, segundo Mendes (1999), como parte integrante do processo de construção do novo paradigma sanitário, ao ser estratégia de organização da atenção primária e, por conseguinte, provocar mudança em todo o sistema de saúde, pela introdução de novas práticas sanitárias desenvolvidas por uma equipe num território-processo, com ênfase na família.

A partir dessa referência, o Ministério da Saúde desde a década de 90, vem implementando políticas de caráter racionalizador, em função da crise fiscal do Estado, por meio da adoção de programas, como o PSF, que ao ser lançado em 1994, trazia a perspectiva de favorecer a interiorização de médicos e implementar o processo de municipalização. Posteriormente, é que passa a ser apontado como estratégia de transformação do modelo assistencial do SUS por reorganizar a atenção básica, focar a família como objeto de atenção, com a atuação de uma equipe multidisciplinar numa abordagem interdisciplinar e articulação intersetorial (BRASIL, 1997a)

Para a implantação do PSF nos Estados e Municípios, foram firmados convênios mediante preenchimento de pré-requisitos¹⁰ definidos pelo Ministério da Saúde que financiava seu desenvolvimento, nos quais se aponta para o entendimento de que o PSF nasce com idéia de programa verticalizado, operado por

¹⁰ Pré-requisitos: Conselho Municipal de Saúde funcionando, Fundo Municipal de Saúde, projeto elaborado contendo interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico e terapêutico e disposição da administração em desenvolver e o programa (BRASIL, 1997a).

convênio, atenção seletiva voltada para as populações que vivem em área de risco, ferindo o princípio de universalidade do SUS (Anjos, 2001).

O PSF e o PACS, mesmos compreendidos como instrumentos privilegiados de reorganização da atenção primária à saúde no âmbito do SUS, o debate sobre esses programas ainda gira em torno de duas vertentes, conforme destaca Paim (1999a): PACS/PSF como “programas verticais”, instrumentos de estratégias de políticas sociais neoliberais, focalização de atenção sobre grupos marginalizados, com atenção primária seletiva; PACS/PSF como “estratégia” de reorganização da atenção primária de saúde, uma vez articulada ao processo de municipalização pode vir a se constituir em um dos “projetos estruturantes” da vigilância à saúde (MENDES, 1996).

Caminhando nessa mesma direção Dal Poz e Viana (1998) revelam, através de pesquisas realizadas em três regiões brasileiras (Sul, Nordeste e Sudeste), que o PSF apresenta distintas concepções: Práticas focalizadas dentro do universalismo, já que para sua implantação são selecionadas áreas e populações de risco, que muitas vezes correspondem a quase 80% da população de um município, mostrando que se pode ter práticas focalizadas dentro de uma política universal; Instrumento de reestruturação do SUS por ter imprimido no interior dos municípios a reorganização do sistema local de saúde frente ao atendimento de pré-requisito para a assinatura dos convênios, além de influenciar na mudança de critérios de pagamentos do sistema através da NOB/96; e Instrumento de mudança nas formas e desenho de operações das políticas sociais.

O documento O Ano da Saúde no Brasil e Metas Prioritárias (Brasil, 1997b) define que o PSF deverá ser desenvolvido por uma equipe mínima formada por um médico, uma enfermeira e seis agentes de saúde comunitários de saúde, que atuarão em um território com população adscrita, responsável por 600 a 1000 famílias ou 4500 pessoas, desenvolvendo as seguintes atividades:

- Diagnóstico de saúde da comunidade, através do cadastramento das famílias da área de abrangência da unidade e levantamento dos indicadores epidemiológico e socioeconômico;

- Planejamento e programação local das ações a serem desenvolvidas pelas equipes de maneira democrática, considerando o dinamismo da realidade e a aproximação dos seus objetivos à vida das pessoas;
- Prestação de assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizadora à demanda organizada e/ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção da saúde;
- Implementação do sistema de referência e contra-referência, no sentido de resolver os principais problemas detectados;
- Desenvolvimento de processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e familiares;
- Promoção de ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

É nesse sentido que Mendes (1999) situa o PSF como estratégia de reorganização da atenção primária à saúde no SUS, devendo ser estruturado de acordo com princípios organizativos assistenciais, quais sejam: orientação por problema, descrição de clientela, planejamento e programação local, hierarquização, trabalho em equipe, complementaridade e resolutividade.

No entanto, os fatores limitantes para o desenvolvimento do PSF como modelo assistencial substitutivo vão além dos arranjos políticos, dos mecanismos financeiros indutores de mudanças ou dos instrumentos gerenciais de organização e avaliação dos serviços. Como analisa Favoretto & Camargo Jr. (2002:63) “o enfoque dado à estruturação do PSF precisa também considerar e aprofundar a discussão sobre os saberes e as crenças que podem estruturar as práticas da saúde, caso haja intenção de desenvolver um novo campo de transformações na atenção à saúde”. Este novo campo de práticas se baseia em enfoques da relação entre as intervenções individuais e coletivas, assim como entre os saberes clínicos e epidemiológicos no cotidiano das ações dos profissionais de saúde.

2.5. Integralidade: um princípio norteador na atenção primária

No Brasil, o campo da epidemiologia reuniu vários saberes e práticas que se encontraram e se estruturaram em organizações que desenvolveram,

tradicionalmente, ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e programas de saúde pública. Partindo do início do século passado, essas organizações foram responsáveis pelo trabalho no campo da saúde coletiva, atuando, predominantemente, sobre os problemas das coletividades, em áreas como a da educação em saúde, o controle de doenças contagiosas, o saneamento, as intervenções sobre o meio ambiente e, mais recentemente, a prevenção de fatores de risco e a promoção à saúde. Os centros e postos de saúde atuaram como epicentros mais visíveis dessas ações.

Enquanto isso, a assistência clínica se organizou, notadamente a partir da década de 1950, em hospitais da previdência social, voltados para a atenção aos trabalhadores do mercado formal. Sua tarefa primordial era o atendimento médico, especializado e individual, em termos de tratamento e reabilitação. Só no final da década de 1970, alguns esforços, ainda que tímidos, foram iniciados para a integração do sistema dualista. Existiu, portanto, uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva, de cunho mais preventivo e coletivo, de outro (MENDES, 1999, CAMPOS, 2003).

A assistência médica hospitalar contava com vultosos recursos da máquina previdenciária, enquanto a saúde pública era financiada por escassos recursos do Tesouro Nacional ou oriundos de organismos internacionais. Com isso o Sistema Único de Saúde, na sua instituição, herdou uma rede de saúde que representa um desafio para a assistência integral. A quantidade expressiva de centros e postos de saúde espalhados em nosso país não foi acompanhada de incentivos financeiros e de recursos humanos necessários a um melhor desempenho na área da saúde. As ações hospitalares permaneciam recebendo um maior volume de recursos. Outro fator que se destacava era a inexistência de um sistema de financiamento para as ações municipais que não estivessem ligadas ao atendimento e aos procedimentos médico-individuais. O financiamento por produção de consultas, exames, internações limitava, decisivamente, a expansão da atividade preventiva e coletiva. O país dispõe de uma rede de saúde muito mais centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, pouco integrada e mal distribuída, segundo as regiões. O processo de municipalização da saúde brasileira

abriu, porém, novas perspectivas nesse campo, e é fruto da participação das comunidades e dos movimentos sociais (CAMPOS, 2003).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 afirma o conceito de integralidade, inspirando-se no Movimento da Reforma Sanitária e no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. No texto constitucional supracitado, a integralidade é entendida a partir de uma visão de que as ações de saúde devem estar voltadas ao mesmo tempo para o indivíduo e para a comunidade, para a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, considerando a pessoa como um todo, com atendimento do conjunto de suas necessidades. Pressupõe a integração dessas ações em saúde, ao mesmo tempo em que possibilita a articulação com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. O seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde (PAIM, 1998, MENDES, 1999; CAMPOS, 2003).

Em relação a novas formas de financiamento e de gestão do sistema de saúde brasileiro, leis e decretos mais recentes melhoraram as condições para que o gestor municipal possa cumprir o preceito constitucional da integralidade, apesar do caráter de normatização e padronização que os mesmos imprimiram à conformação da política de saúde. Para a regulamentação da Norma Operacional Básica-96, foram editadas 14 portarias. A exigência de haver setores responsáveis por cada ação e atividades de controle e avaliação foram requisitos para a habilitação de municípios em gestão plena do sistema de saúde. As resoluções referentes à implantação, por um lado, do Piso Assistencial Básico (PAB), em seus componentes fixo e variável e, por outro, da Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI - ECD) foram os principais mecanismos dessa mudança (COSTA, 2003).

Ainda sem ter alcançado as condições de garantia plena da atenção integral, devido às inúmeras portarias que alteraram significativamente o seu conteúdo original, a NOB-96 passou a permitir que sistemas locais de saúde dispusessem de recursos desvinculados da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Dessa forma, os sistemas passaram a receber recursos globais, segundo aspectos como perfil populacional, indicadores sanitários e

epidemiológicos, desigualdades regionais, metas de cobertura, desempenho, etc. Passou-se a exigir, então, que o gestor planejasse as ações voltadas para a melhoria das condições de saúde, segundo a evolução de indicadores sanitários e epidemiológicos (LENCOVITZ, 2001).

O princípio da Integralidade, entre outros, que norteiam o Sistema Único de Saúde, vem afirmar, portanto, a necessidade de superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, historicamente presente na condução da atenção à saúde pública no Brasil. O texto constitucional indica a integralidade enquanto um princípio fundamental em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (MENDES, 1999; CONH, 2002).

Quando se considera a abrangência do conceito de integralidade, tal como descrito acima, pode parecer uma contradição à definição transcrita no texto constitucional: "Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (BRASIL, 1988). A prioridade atribuída à prevenção tem, nesse particular, uma forte conotação política, e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil. O texto constitucional busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Assim o fez para dar um sentido de mudança à forma como, historicamente, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. As organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, e foram oferecidas de maneira desigual. Hoje busca-se oferecer assistência integral por meio de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico (CAMPOS, 2000).

Segundo Campos, sob essa ótica prevê-se que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença. Afirma o autor:

É importante ressaltar que os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da *história natural da doença*, teoria consagrada por White na década de 1960. Segundo essa teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde estar diretamente referido a níveis de intervenção segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos

individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde. (CAMPOS, 2003:6)

Para além de uma definição legal e institucional presente no texto constitucional de 1988, Mattos (2001) coloca a integralidade como parte de uma “imagem objetivo”. Para ele, essa noção tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na cena política consideram desejável, ou seja, é o que se deseja construir, diante do que já existe.

Nesse sentido, tratar a integralidade como parte de uma “imagem objetivo” significa para o referido autor entender o termo numa perspectiva polissêmica, ou seja, com vários sentidos. Devido a isto, o mesmo propõe uma reflexão coletiva acerca dos potenciais e limites da noção de integralidade, ou de sentidos da integralidade, no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas.

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer, primeiramente, do ponto de vista institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. E em segundo, das práticas dos profissionais de saúde, nos quais, historicamente, o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde.

É nesse sentido que Mattos (2001) indica três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade: o primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde. Relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, com origem nos Estados Unidos, que criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Esse sentido busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta; o segundo relaciona-se mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde através de ações programáticas horizontalizadas; e o terceiro é relativo às configurações de certas políticas específicas ou especiais, desenhadas para dar respostas

(governamentais) a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional.

Para Mattos (2001:61) esses três grandes conjuntos de sentidos têm “como eixo articulador a compreensão de que a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”¹¹. Para o autor, subjacente a todos os sentidos da integralidade está o princípio do direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

Nessa mesma direção, Cecílio (2001:113) trabalha com a idéia central de que “não há integralidade e equidade sem a universalidade de acesso garantida”. Por isso, o autor adota a idéia de que a integralidade da atenção precisa ser desenvolvida em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro, uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) ou um hospital. É o que o autor vem chamar de “Integralidade focalizada”, devido a ser trabalhada no espaço delimitado de um serviço de saúde. Como segunda dimensão, o autor indica a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instâncias de serviços, numa perspectiva setorial. O autor apresenta com esse entendimento a idéia de que a integralidade não se realiza nunca em um serviço: a integralidade é objetivo da rede.

Esta articulação em rede, Cecílio (2001:119) vem chamar de integralidade ampliada, que tendo como referência central cada serviço de saúde, se articulam fluxos e circuitos, a partir das “necessidades reais das pessoas – a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro. Radicalizar a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde.”

¹¹ Para Hannah Arendt (1981:192), “na ação e no discurso, os homens mostram quem são, revelam ativamente suas identidades pessoais e singulares, e assim apresentam-se ao mundo humano, enquanto suas identidades físicas são reveladas, sem qualquer atividade própria, a conformação singular do corpo e no som singular da voz.”

Essa perspectiva pode ser vista quando Arent (1981:15), ao tratar das três atividades que compõem a *vida activa* (labor, trabalho e ação), designa que esta última é a “única atividade da ação humana que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao fato de que os homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo”. Isso significa, para a autora, que “a pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha existir” (ARENT,1981:16).

Netto & Vilar (2000), ao analisarem o Programa Saúde da Família como Estratégia Operacional da Atenção Primária à Saúde, estabelecem como um dos princípios organizativos a integralidade do cuidado, compreendendo que o mesmo fortalece o princípio de universalidade do acesso e a efetividade do sistema de saúde. Nessa perspectiva o autor compreende, que ao ampliar a cobertura de atendimento, favorece o reconhecimento dos problemas psico-sociais da comunidade e dá atenção aos indivíduos e suas famílias nas “suas dimensões de seres humanos inteiros, como corpo, mente e consciência. Facilita a percepção de causas básicas e determinantes do processo saúde-doença, o que cria condições para a busca da definição de ações intersetoriais para a solução de problemas” (NETO & VILAR,2000:40).

Mendes (1999), analisando o princípio da integralidade no universo da atenção primária, e em particular no PSF, indica que a aplicação desse princípio implica reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social.

A partir das referências analíticas anteriormente destacadas, iremos compreender no capítulo que segue como se estruturou o Programa Saúde da Família em Fortaleza, do ponto de vista de sua inserção no sistema de saúde local, seus principais impasses e possibilidades.

CAPÍTULO III

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA

A discussão da gestão das políticas públicas na década de 80 introduziu mudanças no poder público a fim de torná-lo mais transparente e suscetível ao controle social. No Brasil, esse processo envolveu algumas reformas significativas não apenas na área da saúde, mas também da educação, do trabalho, da habitação e de outras dimensões sociais.

No estado do Ceará, as mudanças na área da saúde refletem a atmosfera das discussões e disputas em torno da luta pela Reforma Sanitária, travada na década de 80. No entanto, duas experiências trouxeram grandes impactos ao processo de reorganização do novo modelo de atenção à saúde: a criação do Programa de Agentes de Saúde em 1988 e o processo de municipalização, iniciado em 1989 (NETO & VILAR, 2000).

Essa primeira experiência no Ceará serviu de referência para a criação do PACS, em todo o Brasil. Em relação à segunda experiência, que teve avanços importantes no período de 1991-1994, não conseguiu romper com as barreiras geográficas, culturais e, inclusive, organizacionais, que facilitassem a ampliação do processo de universalização do acesso aos serviços de saúde (NETO & VILAR, 2000).

Na tentativa de superação das barreiras que dificultavam a universalização do acesso aos serviços de saúde, uma proposta sobre saúde da família vinha sendo desenvolvida no município de Quixadá, com o objetivo de se criar uma infraestrutura de saúde preventiva, coletiva e curativa, no campo da atenção primária em saúde. Essa proposta foi levada ao Ministério da Saúde, em 1993, para ser apreciada pelos os representantes da Secretaria da Saúde do Ceará, do UNICEF e

da OPAS. A partir dessa articulação em 1994, o PSF começa a ser implantado em todo o Brasil (ANDRADE, 2001; NETO & VILAR, 2000).

No estado do Ceará, o PSF, situa-se como “porta de entrada do usuário no sistema de saúde”¹³, enquanto sistema que se organiza por meio de níveis de atenção, segundo os quais as ações estão agrupadas de acordo com distintos níveis de complexidade¹⁴. Nessa concepção, a organização operacional das ações de saúde em nível microrregional pressupõe que por meio de sistemas integrados de saúde funcionará um sistema de referência e contra-referência com definição de responsabilidade em cada nível. Dessa forma, cada município será responsável pela Atenção Básica de Saúde, através do PSF, por meio do qual realizará ações básicas de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento dos casos mais simples, que não necessitem da participação de médico especialista (NETO & VILAR, 2000).

Diante disso, o PSF, enquanto estratégia de reorganização da atenção básica, assumiria papel relevante na consolidação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) no estado do Ceará. Os princípios organizativos pensados como necessários para o desenvolvimento desse processo são: Impacto, Orientação por Problema, Intersetorialidade, Planejamento e Programação Local, Autoridade Sanitária Local, Co-responsabilidade, Hierarquização, Intercomplementariedade, Integralidade da Atenção, Adscrição da Clientela, Heterogeneidade e Realidade Local. (MENDES 1988 *Apud* NETO & VILAR, 2000).

Em Fortaleza, o processo de municipalização das ações em saúde começou a ser articulado entre as Secretarias da Saúde do Estado e do Município no intuito de implementar o Sistema Unificado e Descentralizado – SUDS, após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. No entanto, esse processo

¹³ Conforme Fonseca Neto e Vilar, referenciados em Starfield (1992), essa concepção do PSF no Estado do Ceará é fundamentada nos princípios da atenção primária.

¹⁴ Atenção Primária, nível de atenção representado pelos serviços de primeira linha, de caráter ambulatorial constituinte de um sistema de porta de entrada (excetuando-se urgências e emergências), fortemente marcado por programas, sistemas e serviços caracterizados pelas funções de promoção de saúde, prevenção de agravos e transtornos à saúde, educação em saúde e tratamentos de tecnologia simplificada; *Atenção Secundária*, nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária; e *Atenção Terciária*, nível de atenção constituído por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços (Roquayrol, 1988).

iniciou-se efetivamente quando foi assinado o Termo de Adesão do Município ao Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde, no qual se concretizou a transferência de Gestão para o município de Fortaleza das unidades da Secretaria de Saúde do Estado e da FUSEC, totalizando 17 centros de saúde e 5 hospitais.

Em 1992, a Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza passou a assumir toda a rede ambulatorial pública e privada, formando um Sistema Municipal de Saúde composto por 9 hospitais, 1 Centro de Zoonoses, 59 Centros de Saúde e 20 Centros Integrados de Educação e Saúde.

Mesmo com as mudanças provocadas pelo início do processo de municipalização da saúde em Fortaleza, a assistência básica continuava voltada à cura das doenças, por mais que o discurso oficial indicasse uma atenção centrada na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente (BATISTA 2003).

Em 1997, o município de Fortaleza apresenta um novo arcabouço político-institucional, aprovado em Decreto Municipal de n°.8000, em 29 de janeiro de 1997. Junqueira (1997) analisa que essa reforma tratou de um processo que se iniciou pelo delineamento de um novo modelo de organização, e que deveria viabilizar uma nova forma de gestão das políticas públicas. Esse modelo de gestão indicava como diretrizes a descentralização e a intersetorialidade, em substituição a uma estrutura verticalizada e setorializada presente no município. Porém, essas mudanças por mais que indiquem como referências os princípios explicitados no Movimento de Reforma Sanitária e consolidados na Lei Orgânica da Saúde de 1990, a intenção dessas mudanças vem sempre caminhando numa perspectiva racionalizadora e focalista das necessidades em saúde da população.

Na criação dessa nova estrutura administrativa, surge a divisão da capital cearense em 6 (seis) Secretarias Executivas Regionais, encarregadas de proporcionar condições para a melhoria da qualidade de vida, identificando os problemas que atingem a população de cada bairro na sua área de abrangência, no intuito de encaminhar soluções integradas (SMDS,1997).

É nessa perspectiva que em 1997 foi lançada a proposta de implantação do Programa Saúde da Família no município de Fortaleza. Inicialmente foi elaborada uma proposta, baseada no estudo de informações sobre experiências locais de outros municípios que se adaptavam às características de Fortaleza. Sob o comando

da Coordenadoria de Saúde subordinada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), criou-se uma equipe de supervisão com o objetivo de planejar e orientar a implantação e o desenvolvimento do PSF em Fortaleza. No período de 11 a 15 de agosto de 1997, duas profissionais da equipe de supervisão do PSF participaram de um estágio na cidade de Niterói, com o propósito de conhecer a dinâmica do trabalho desenvolvido pelo programa “Médico da Família”, fundamentado na experiência cubana (FONTENELE, 1998).

Desse estágio, resultou um relatório que possibilitou avaliar as potencialidades do município, no que se refere:

- à Decisão política de implantar o PSF;
- à Rede Básica de Saúde;
- à Programa Agentes Comunitários de Saúde em efetivo funcionamento;
- à Participação dos Conselhos de Saúde;
- à Parceria entre Poder institucional e comunidade (SMDS, 1997:2).

Apoiado nessas avaliações, e após levantamento de dados das Regiões Administrativas da cidade, elegeram-se critérios de implantação das primeiras equipes, tais como: áreas de risco; delimitação geográfica e demográfica das áreas; perfil epidemiológico/social baseado em informações já existentes; e serviços públicos já existentes na área (FORTALEZA, 1998).

Após esse processo de planejamento, elaboração, seleção das áreas e dos profissionais, treinamento das equipes envolvidas, o Programa Saúde da Família foi lançado oficialmente em Fortaleza, no ano de 1998.

No mesmo ano, a Administração Municipal transformou 26 postos de saúde, dos 82 existentes em Fortaleza, em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), destinadas a realizar atenção contínua nas especialidades básicas de clínica médica, pediátrica e tocoginecologia, de caráter ambulatorial, com equipes habilitadas para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção (FORTALEZA, 2000). Essas unidades representariam o primeiro contato da população com o serviço de saúde, propondo também a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema,

desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a evolução dos problemas apresentados.

Atualmente, Fortaleza conta com 101 equipes de PSF, distribuídas nas seis Secretarias Executivas Regionais. A população do município é de aproximadamente 2.040.264 habitantes, e conta com 345.000 cadastrados no PSF, atingindo, portanto, 15,5% de cobertura populacional (FORTALEZA, 2003).

A primeira fase de implantação do programa ocorreu em áreas consideradas de maior risco epidemiológico e social. Dentro desses critérios, os bairros que compõem a Secretaria da Regional I, dentre eles o Pirambu, foram selecionados para receber as primeiras quatro equipes do Programa Saúde da Família na Unidade Básica Guiomar Arruda.

O bairro Pirambu constitui uma antiga área marítima, situada no lado oeste de Fortaleza. Sua paisagem era rica de dunas brancas, coqueiros, lagos e havia abundância do peixe Pirambu, daí o seu nome. Ocupada inicialmente por pescadores, a área foi povoada nos anos 50, especialmente por ocasião da seca de 58, quando se alojaram famílias de migrantes vindos do interior e de estados vizinhos. A ocupação espontânea do bairro não excluiu a organização na construção das casas, caracterizada por uma troca de trabalho cujo princípio baseou-se na solidariedade. O modo como o bairro foi formado teve implicações no processo de resistência e organização dos moradores. A mobilização pela apropriação legal da terra foi fundada inicialmente por um sentimento coletivo permitido pela situação comum de desbravadores da terra, e foi isso que ajudou no enfrentamento das dificuldades para construção das casas e, posteriormente, para resistência coletiva contra o processo de expulsão que veio adiante. (BARREIRA, 1987).

Esse bairro é conhecido por sua história de resistência, a exemplo, da Marcha do Pirambu, um movimento reconhecido como um marco dentro da história dos movimentos populares pela garantia da posse da terra e de outros direitos básicos. Essa marcha ocorreu em 1962, levando cerca de 2.000 pessoas ao centro da cidade no intuito de reivindicar a desapropriação das terras no Pirambu, alvo da especulação imobiliária. O movimento de luta pela posse contou com o apoio do Padre Hélio, a quem coube realizar um trabalho de assistência e de organização dos moradores (MATOS, 1998).

Esse momento foi de forte influência da Igreja Católica, uma vez que a mesma assumiu um papel mais tutelar do que reivindicativo do movimento, dado o caráter moralizador difundido por meio da Doutrina Social Cristã Mater et Magistra de João XXIII, cuja perspectiva era elaborar uma forma de vida com base cristã, capaz de atenuar as desigualdades sociais e valorizar a pessoa humana. Alguns grupos discordantes dessa direção começam a aparecer, culminando na formação de grupos independentes (BARREIRA, 1987).

Ao contextualizar esse momento de conflitos dentro do movimento de bairro no Pirambu, na década de 60, Barreira traz o seguinte destaque:

A referência ao movimento operário ordeiro ameaçado por infiltrações possíveis de elementos nocivos sugere as tensões já existentes entre comunistas e católicos. Trata-se muitas vezes de contradições que passam despercebidas pela população ou aparecem travestidas no perigo comunista, que integra tanto o discurso dominante como o religioso. Nesse sentido, novas forças sociais entram em cena, e nas décadas seguintes fortalecem o movimento organizado do Pirambu. (BARREIRA, 1987:92)

A partir de 1980, os conflitos entre moradores e igreja, motivados também pelo incremento populacional, contribuem para o fracionamento em termos de organização coletiva. Até os dias de hoje, o aparecimento de novas favelas demonstra a permanência da pressão sobre a terra, aliado aos baixos indicadores sociais.

O bairro Pirambu, que tem na suas costas o encanto e a brisa do mar, também tem no seu cotidiano o desencanto da pobreza da vida urbana. Desencanto vivido por populações que residem em bairros periféricos, que apresentam como cenário as imensas rampas de lixo, canais e esgotos a céu aberto, alto índice de desemprego, violência e prostituição. Com uma extensão aproximada de 5.000 km², e uma população estimada em 250.000 habitantes, é considerada a segunda maior favela do Brasil. Segundo dados oficiais, 21,1% da população possuem uma renda familiar menor que um salário mínimo (SMDS, 1997).

Em relação aos serviços públicos e organizações sociais, o bairro Pirambu possui 15 escolas, 28 entidades comunitárias, 1 centro comunitário, 1 hospital conveniado, 1 posto policial e 1 centro de saúde (Fortaleza, 1997). Na área de abrangência da UBASF Guiomar Arruda, existem 4 equipes do Programa Saúde da

Família: n°1 (amarela), n°2 (azul), n°3 (vermelha) e a n°4 (verde). Cada equipe é dividida em quatro micro-áreas de atuação, onde se tem para cada uma um agente de saúde como elo entre a comunidade e as equipes do PSF.

Analisamos nos dois primeiros capítulos que a implantação da Política de Saúde reflete os condicionantes políticos, administrativos, culturais, sociais e econômicos vividos ao longo da formação da sociedade brasileira. O Programa de Saúde da Família em Fortaleza foi estruturado dentro de um contexto, atravessando mais de uma década, refletindo os condicionantes nacionais da política de saúde, porém, com aspectos da realidade local. Partindo dessa compreensão, iremos analisar no capítulo IV o princípio da integralidade na atenção primária, através do PSF, sob a ótica dos profissionais, usuários e conselheiros de saúde, destacando uma experiência vivida no Bairro Pirambu. .

CAPÍTULO IV

O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DO BAIRRO PIRAMBU

Avaliar o PSF sob a ótica dos profissionais, usuários e conselheiros do Conselho Local de Saúde, destacando a efetividade da integralidade das ações desenvolvidas em saúde, levou-nos a um terreno de pensamentos convergentes e divergentes dos três segmentos entrevistados.

4.1. Concepção de Saúde: convergências e divergências

Em relação ao segmento profissional, podemos destacar a existência de distintas concepções por parte dos entrevistados:

“Eu acho sinceramente o processo saúde – doença tá muito ligado ao contexto social, é muito mais ligado ao social do que um problema meramente de saúde. As pessoas adoecem muito, mas muito por uma questão social, por não ter como se alimentar, o direito de alimentar de forma adequada, pelo fato de não ter uma moradia adequada, pelo fato de não ter acesso a medidas preventivas, até água filtrada, água mineral é difícil essa pessoa ter. Então, a questão é social, porque se a gente tivesse uma condição social melhor a gente adoecia menos. E outra coisa, eu acho que a comunidade ainda tem uma visão muito curativa, ela não tem uma visão preventiva, tanto é que a gente tem os programas, como o de puericultura, que é pra mãe trazer o bebê saudável, e o programa que menos dá quorum. Eu acho que o PSF tem uma visão boa de prevenção, agora o gestor que tá quieto lá no cantinho dele, ainda tem essa visão de curativo também”. (Ent.7. prof.).

“Essa questão do processo saúde doença é muito complexa. Na verdade os gestores, eu considero que eles não estão muito preocupados com a saúde, eles estão muito preocupados mais com a doença. E até mesmo os profissionais que estão inseridos. Os profissionais do PSF, ao meu ver, eles não estão preparados pra cuidar da saúde, porque a saúde você tem quer trabalhar com a promoção e a prevenção das doenças, e inclusive em nível de ministério mesmo, é só cuidar das doenças. É os programas, se existe os programas é porque as doenças já estão instaladas. Então esse

processo só chega até as doença, a saúde não chega. Primeiro, porque a saúde não é só ausência da doença. Aqui nessa área onde a gente trabalha a questão da saúde são vários fatores todos externos. A doença é só consequência.”(Ent 5. prof .).

“É uma pergunta muito complicada, a gente pode tirar muita coisa porque a gente não pode ter a idéia de saúde como ausência de doença somente. Saúde na minha área que é da odontologia, compreende uma parte que vai além da ausência de saúde propriamente dito, a minha área envolve uma questão de estética, de auto-estima, porque a gente não pode dizer que o dente está separado da boca, a gente tem que tratar a pessoa.” (Ent 6. prof.).

Como se vê, nesse segmento entrevistado, a concepção de saúde aparece entre os profissionais de nível superior sempre numa perspectiva mais ampla, do que mera ausência de doença. Na totalidade dos entrevistados, a questão social aparece como eixo central, catalisador de um processo dinâmico que permeia o processo de saúde-doença. Há nos depoimentos um pensamento convergente, de que as doenças no geral nada mais são do que consequências de uma realidade socioeconômica, política e cultural vivenciada pelas pessoas.

As falas partem do pressuposto de que a saúde da população depende, genericamente, da dimensão média do consumo de certos bens e serviços de subsistência, alimentos, habitação, assistência à saúde e educação.

A realidade tem mostrado, com base em pesquisas econômicas e sociais, que nos países que não apresentam grande concentração de riqueza, a elevação da renda média faz-se acompanhar de um consumo mais adequado e mais generalizado desses bens e serviços essenciais. E quando se fala de conceito de saúde, em nenhum momento pode-se deixar de vincular essa relação, porque ela condiciona os níveis de qualidade de vida e de saúde de uma população.

Outros depoimentos expressam o conflito existente entre o novo e o velho modo de ver esse processo saúde-doença, na verdade, ainda fortemente presente no cotidiano da prática em saúde, seja nos profissionais, nos usuários e nos gestores.

“...existe ainda todos os resquícios do modelo anterior, que é o modelo centrado na doença, é no individuo, é na medicalização. Então eu acredito que um dos grandes fatores que contribui no processo saúde doença, que ainda limita muito são os resquícios do modelo assistencial anterior, e que as pessoas ainda tem uma certa dificuldade de acreditar, falta creditação na promoção da saúde, na prevenção da doença, manutenção da saúde,

exatamente porquê? Porque o conceito era estou doente é que vou pro médico, e aí o médico me passa um remédio, aí é vou ficar bom. E aí todos os outros fatores são descartados”. (3.RPS)

Nesse mesmo segmento profissional, temos os agentes comunitários e um auxiliar de saúde, em cujos depoimentos apresentados os conteúdos indicam uma concepção de saúde muito mais centrada na doença, no curativo e no autocuidado.

“Acho que essa questão não está só relacionada às condições de vida das pessoas, mas diz respeito principalmente a consciência de cada um”. (Ent 3. prof.).

“Quando uma pessoa está com saúde, procura uma providência pra se cuidar, quando tá doente vai atrás de ficar bom, então saúde-doença se encaixam.” (Ent.8. prof.).

“Eu acompanho hipertenso, diabético, TB, e também gestantes e peso criança, então na área de saúde que eu trabalho, eu sei quando a minha hipertensa está com problemas, com a pressão alta, febre, então eu dou conselho, converso com que ela, para ela não deixar de tomar o medicamento, porque se ela tomar o medicamento, lógico que ela não ela vai sofrer uma consequência pior. Agora se ela parar, aí ela sofre. Iguamente a diabética, a gestante tem que fazer o pré-natal, tudo direitinho, de acordo com que a enfermeira dela mandar fazer, fazer dieta se for preciso. Tem que fazer tudo direitinho pra que a gravidez dela não tenha risco” (Ent.4. prof.).

Porém, no segmento de agentes comunitários, alguns conteúdos explicitados, embora minoritários, expressam também uma compreensão ampliada de saúde. Vejamos:

“Essa relação fica muita complexa, porque pra ter saúde não basta ter só médico, medicamento, é preciso ter um bem estar, ter moradia, tenha condições. Na minha área de abrangência um lado tem saneamento, outro não tem, as famílias são altamente carentes, aí fica muito difícil. Tem muita gente desempregada.” (Ent 1. prof.).

“O que conta para alguém ter saúde ou estar doente são as condições de vida, e também o conceito de cada pessoa, de como se cuida, de ter auto-estima. Mas o que define são as condições de vida da pessoa, isso é o que mais importa”. (Ent.2 prof.)

Verificamos, principalmente por meio das falas dos profissionais de nível superior, alguns conteúdos que expressam uma análise histórica de como vem se processando essa mudança de concepção das implicações do processo saúde-doença. Isso se coaduna com a análise de Mendes (1999), quando afirma que o

modelo proposto pelo SUS baseia-se numa concepção atualizada do processo de saúde-doença e numa nova visão de intervenção, ou seja, num modelo de prática sanitária. Essa afirmação do autor parte da compreensão de que inserido num processo de construção, o modelo proposto pelo SUS trilhou caminhos, superando uma concepção negativa de saúde como ausência de doença, para uma concepção afirmativa da saúde como qualidade de vida.

Embora ocorra esta ampliação de visão por parte dos profissionais, nem sempre os usuários sentem-se contemplados de forma contextualizada pelos profissionais, segundo exemplos a seguir:

“Os profissionais daqui não conhecem os nossos problemas, não. Sabem não. São muitos, é a comida que falta ou é pouca, tem muita gente sem emprego. Mas o agente de saúde pergunta, como eu estou, mas não pergunta sobre as outras pessoas da minha família. Ent 3.U)

“Uma vez eu tava muita estressada lá em casa, chorando por problema de família e a agente de saúde conversou comigo e me levantou o astral. Me deu apoio, o remédio é bom, mas às vezes uma boa conversa a gente até esquece os problemas da vida. Ent 5.U)

“É tanta coisa que contribui pra gente adoecer, pra gente não ter saúde, é o alimento que é precário, é a falta do remédio, tinha que ter mais postos”. (Ent 6.U)

“Tem um bocado de coisa pra gente fazer pra não adoecer. Tem a prevenção, quando a gente vem elas falam um bocado de coisa”. (Ent 22.U)

“Eu era uma pessoa muito doente, tinha problemas na cabeça, me levavam para o hospital. Comecei nessas caminhadas, comecei nesses exercícios que a gente faz, graças ao bom Deus que desapareceu tudo, o pessoal faz é se admirar como melhorei. O problema que sinto é a zoadá nos ouvido, mas o médico diz que é da idade. Melhorei cem por cento, sou outra pessoa. Pela minha idade vejo muita gente mais nova e acabrunhada”. (Ent 4.U)

“É como digo, a dengue mata, a AIDS mata, mata devagar mais mata, por isso é importante esse posto aqui, ajuda a esclarecer como se prevenir.” (Ent 10.U)

Essas falas indicam que os usuários estão atentos às suas necessidades, por mais que algumas expressem uma perspectiva restrita de saúde. Há, porém, em algumas falas, uma afirmação importante que está relacionada à falta ou pouco conhecimento por parte dos profissionais dos problemas vivenciados por esses usuários. Para além do aspecto curativo tão presente nas suas falas, eles entendem que, para ter um bom estado de saúde, outras necessidades devem ser contempladas, como o acesso a uma alimentação mais digna, e o próprio diálogo

quando da visita de um profissional na residência ou mesmo no atendimento no posto. Concordamos com Raupp et al (2001) que uma nova perspectiva exige uma mudança de postura dos profissionais de saúde, em conjunto com a população na busca de um entendimento, o que não significa concordar com tudo, muito menos considerar o saber dos profissionais como o mais claro, mas sim proporcionar um espaço para expressão de temores, preconceitos, certezas, valores e expectativas que permeiam a vivência de cada um.

Algumas indicações dos usuários expressam entendimento que a incorporação de um conceito ampliado do processo saúde/doença propicia a visão da importância do conhecimento da realidade própria de cada um em seu contexto de vida e relações, e só partindo dessa concepção podem os profissionais e a população reconstruir coletivamente suas condições de existência.

No conteúdo das falas dos usuários, em sua grande maioria, percebe-se que, ao falarem dos processos de adoecimento e cura, há sempre muito forte a perspectiva de que o remédio é um elemento fundamental para desencadear um estado saudável ou doentio. Essa perspectiva curativa presente nas falas dos usuários foi indicada pelos profissionais de saúde como uma das grandes dificuldades de superação do modelo anterior e de se trabalhar num novo modelo de assistência à saúde.

“Como é que posso ter saúde se falta médico, falta remédio, às vezes que precisei não tinha.” (Ent 8.U)

“A maior dificuldade daqui é porque é muita gente para ser atendida, e pouca gente para atender. Falta muito remédio, tem vez que a gente se consulta, e só recebe o remédio no outro mês. Aí não tem como a gente ficar boa das doenças se não tem o remédio.” (Ent 13.U)

Esse pensamento traduzido nas falas dos usuários é resultante do longo processo de vigência do modelo de saúde anterior, centrado no indivíduo e na doença. Por muitas décadas, o processo de educação em saúde promovido pelo modelo hegemônico inculcou nas pessoas uma cultura de saúde que valorizava essencialmente uma prática curativa individual, em detrimento de ações coletivas.

É nesse sentido que Mendes (1999) destaca que a passagem de um paradigma sanitário a outro traz em si a necessidade de promover mudanças, que

são político-administrativas, técnicas, sociais, culturais e subjetivas que implicarão na mudança da situação de saúde e vida das populações. Em se tratando de concepção de processo saúde-doença, tais mudanças são processuais, lentas e exigem um período de transição, em que durante algum tempo o novo conviverá com o velho, na tentativa de superá-lo.

Nos relatos dos entrevistados do segmento Conselheiro, abrem-se e ampliam-se várias possibilidades de análises:

“O processo saúde-doença é um processo construído a partir de cada sociedade, de como cada sociedade se comporta, né. Então não tem mais aquele conceito antigo, de que é só ausência da doença, mas a saúde é componente de vários fatores, meio ambiente, contexto social, fatores socioeconômicos e culturais. Então o processo de adoecer é de acordo com esse fatores. E que não é só mais a questão, digamos assim, do agente patogênico, do adoecer, mas necessariamente todo o contexto daquele indivíduo. Aqui no Pirambú, como acredito que em todas as áreas de risco de Fortaleza, existe ainda todos os resquícios do modelo anterior, que é o modelo centrado na doença, é no indivíduo, é na medicalização. Porque o conceito era estou doente é que vou pro médico, e aí o médico me passa um remédio, aí é vou ficar bom. E aí todos os outros fatores são descartados. E aí o PSF, que é exatamente a estratégia para mudança desse modelo antigo ele vai de encontro a isso, ele começa a construir um novo conceito de saúde, um novo conceito de doença, e a relação que constrói esse processo e que exatamente ela ainda está engatinhando pelo próprio tempo que o modelo tem, tem dez anos de PSF, ainda é uma criança. Os conceitos ainda estão amadurecendo, as mudanças de comportamento ainda estão acontecendo. A gente já encontra muitas pessoas no Pirambu que já conseguem se inserir no modelo, se sentem bem, conseguem ter mudanças de comportamento diante da sua situação. É aí que a gente já consegue perceber a efetividade do modelo, exatamente nessas pessoas, mas é claro que tem gente que ainda não consegue se inserir. Ainda é muito recente. E não só isso, mas os próprios profissionais também tem quer ter uma adaptação, mudanças de paradigmas, precisam se empoderarem desse novo modelo, porque às vezes as pessoas tem até a formação teórica, mas a questão do empoderamento é um processo no meio profissional” (Entrev.3-rep.prof.enf)

“Um dos aspectos que a gente mais observa na área é a área de higiene. É que a pessoas, elas não conseguem, a gente tenta abrir os olhos delas da melhor maneira possível, a gente chega ver que elas não estão tendo a higiene necessária para evitar certos tipos de doença como a de pele, como evitar colocar lixo a frente das casas porque cria ratos e baratas, mas a gente fala e eles não entendem, né, mas a gente procura orientar. Elas são pessoas que têm a alimentação muito fraca. Então essa parte da higiene, da alimentação, a convivência, aglomeração da família, moram numa casa muito apertada, abafada, úmida, tudo isso contribui pra doença”. (Entrev.7.rep.prof.acs)

“Eu entendo pouco, pelo pouco que entendo, eu acho que é devido a várias coisas que acontecem no nosso bairro, é pelo problema de saneamento é um dos fatores, problema de alimentação da comunidade, a gente não tem uma prevenção, tem o desemprego, então são vários fatores que termina em a pessoa adoecer.” (1- R.U)

“Eu entendo que o saúde da família veio de forma muito salutar, hoje o médico conversa mais como paciente, com a comunidade do que antigamente. Porque antes quando você chegava, ele perguntava logo qual o medicamento que você tava tomando, se você tivesse tomando um medicamento, você passava o mesmo medicamento. E hoje os médicos atuais, depois que a passou a ter o médico da família, e mesmo a estrutura da saúde mudou, hoje eles fazem palestras, ver o dia a dia da pessoa, conhece a família. Aí ele fica fortalecido pra dar um medicamento melhor. (8.R.U)

“No meu entender nós não temos um trabalho em saúde como rege o SUS, o SUS nos oferece um atendimento bom, mas não é o que vejo”. (9.R.U)

“O que gera doença primeiro é o desemprego, segundo é a falta de educação, aí o que você ver no Pirambu é praia suja, o Sanear que era pra trazer saúde, trouxe foi doença, porque não foi terminado, eu até disse pra um representante do SANEAR que o mundo tinha se acabado com água e o Pirambu ia acabar em fezes. Porque na Aldeota, foi terminado, ficou bom. Mas no Pirambu não foi terminado. Aí vem ratos, baratas, crianças descalças, crianças desnutridas, e junto as doenças. Tem que ter uma política social de saúde, de educação, de emprego”. (8.R.U)

Os relatos apresentados pelos Conselheiros partem de uma análise mais geral dos determinantes que levam uma pessoa, uma comunidade, estar saudável ou adoecer. Levando-se em conta que a composição do Conselho Local é constituída por representação dos profissionais de saúde e usuários, tivemos no conteúdo das falas uma grande convergência. De forma recorrente, aparece nas falas à necessidade de um conjunto articulado de políticas públicas, visando à modificação das condições de vida e de saúde da população, bem como de se ter, de fato, o que é preconizado pela legislação referente ao setor saúde.

A questão do emprego vem sempre aparecendo nos diversos segmentos como uma questão central e definidora das condições de vida e de saúde da população local. Essa perspectiva é ressaltada por Paim (1998) ao afirmar que a pobreza permanece sendo ainda o maior desafio para a garantia de saúde às populações, em especial, no terceiro mundo. A globalização econômica em curso parece aumentar e aprofundar as desigualdades e a exclusão. Massas humanas tendem a se tornar supérfluas para a “nova ordem mundial”. Valores morais, éticos e religiosos, ainda presentes no processo civilizatório, talvez possam redefinir a expansão em curso, apoiando uma ação política na qual a vida humana seja respeitada em todas as suas dimensões.

Os relatos dos Conselheiros indicam, na verdade, uma compreensão de que a saúde é um processo que pode melhorar ou piorar conforme a ação da

sociedade sobre os fatores que lhes são determinantes, sobre o estado de saúde acumulado e sobre as conseqüências da perda da saúde.

Esta compreensão nos remete ao que vem sendo tematizado acerca de uma nova prática sanitária, denominada de Vigilância à Saúde, que abrigaria a necessidade de intervenções nas mais variadas dimensões da esfera humana, seja no socioeconômico, político, ambiental e cultural, etc. Corresponde, pois, a uma combinação de práticas sanitárias intervindo nos diversos estágios e múltiplas dimensões do processo saúde-doença, numa tentativa de satisfazer as necessidades individuais, assim como as necessidades coletivas de saúde, operando de forma intersetorial, por meio de diferentes estratégias de intervenção (PAIM ; ALMEIDA FILHO, 2000; MENDES, 1995 ; 1999).

Nessa linha de pensamento, Starfield (2003) vem destacar que a saúde de um indivíduo ou de uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificada pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são culturais ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida pelas instâncias responsáveis.

4.2. Concepção de Atenção Primária

Vários elementos foram indicados pelos profissionais de saúde no tocante à discussão da atenção primária. Uma referência recorrente diz respeito ao atendimento primeiro, atendimento básico, atendimento preventivo e curativo, segundo exemplificado por meio dos depoimentos que se seguem:

“Atenção primária são os cuidados de prevenção, curativo, que se tem quer ter com as pessoas de uma comunidade, é o começo do sistema de saúde. Sem ter um trabalho bom na atenção primária, desanda o resto.” (Ent 3. prof .)

“Eu nunca ouvi falar de atenção primária, eu já ouvi falar de atenção básica, eu acho que é os primeiros atendimentos.” (Ent 4. prof.)

“A Atenção Primária como o diz é o que vem primeiro. Primeiro em termo de gravidade, primeiro em termo de assistência. Pra mim a atenção primária é basicamente prevenção. Porque se você ver num posto, a gente não tem tratar quando a doença já está instalada. Eu acho que o posto de saúde, que é atenção primária, que no nosso caso, que é o PSF, é uma demanda programada, que não acontece, então eu acho que deve ser mais preventiva do que curativa”. (Ent .7. prof)

“A atenção primária e o PSF, em específico, eu acho que vem pra atuar nas bases da população mais carente, e não só pra dar aquele tratamento curativo que nós estávamos acostumado, quer dizer, a pessoa adquire a doença propriamente dito e a gente curava, então há uma inversão da idéia de saúde que a gente vai procurar nas bases educar e procura melhorar, a saúde como um todo e a bucal, no meu caso específico. Mas infelizmente a gente não tá separado de um contexto político e econômico, porque ainda o que dificulta é o acesso das pessoas, a dificuldade econômica das pessoas”. (Ent. 6. prof.)

Observamos no transcorrer dos relatos desses entrevistados elementos que indicam o aspecto preventivo como a principal atividade que deve ser desenvolvida na atenção primária. De certa forma, esse enfoque da prevenção na atenção primária indicada pelos profissionais vem ao encontro de uma tendência muito forte nos últimos anos no Brasil, particularmente, após a promulgação do texto constitucional de 1988, e especialmente as Leis, nas quais destacam o atendimento integral à saúde e a prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Para Campos (2003), trata-se de uma tentativa de resgate da enorme dívida do sistema de saúde brasileiro diante da prevenção das doenças que atingem milhões de brasileiros. Além do que também chama a atenção para a necessidade de superação da histórica dicotomia entre ações preventivas e curativas presentes no percurso de constituição da política de saúde brasileira.

Como explicita Bash (*apud* STARFIELD, 2003:31), a partir da Declaração de Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipresente do sistema de atenção à saúde, em todos os países, não sendo apenas uma coisa a (mais), até por conta do caráter de aplicação universal a todos os sistemas de saúde em nível mundial, sem levar em conta as especificidades locais”.

Agora, foi exatamente a partir desse contexto, que se ampliaram os componentes de intervenção no trabalho com a atenção primária, tais como: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente das águas e alimentos; programas de saúde materno-infantil, inclusive, imunizações locais; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento e medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional.

Nessa perspectiva, a prevenção é apenas um dos componentes da atenção primária. No caso do Brasil, devido ao processo de discussão crítica vivenciada no setor saúde, a prevenção teve uma conotação mais forte. Talvez, isso tenha sido o aspecto que mais aparece evidenciado nas falas dos entrevistados.

Para Giovanella (2002), a prevenção das doenças e dos acidentes organiza-se como a maneira de olhar e de estruturar as interações que procuram antecipar-se aos eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou se acidentar. Tais intervenções podem focalizar indivíduos, grupos sociais ou a sociedade em geral. Para a autora, isso só é possível se tiver como perspectiva a integralidade na organização do sistema de saúde.

Em alguns relatos dos profissionais entrevistados, um aspecto merece ser destacado. É o entendimento de que a atenção primária é o início do sistema de saúde e que prescindindo de organização ocorrem dificuldades de funcionamento dos demais níveis de organização da saúde. Essa perspectiva é afirmada por Mendes (1999), quando destaca que atenção primária é considerada a base de um sistema de saúde racional, que se bem organizado constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo.

O relato abaixo indica uma primazia à atenção primária, como se a mesma fosse o espaço onde tudo acontece, e que se a mesma funcionasse na sua totalidade, os outros níveis do sistema não teriam tantos problemas. Esse relato atribui à atenção primária uma supercapacidade de resolutividade das necessidades em saúde da população. Esse entendimento superestima esse nível em detrimento da necessidade de organização dos outros níveis do sistema de saúde.

“A atenção primária á saúde é básica... Então assim, a importância da atenção primária é onde tudo acontece, se existisse uma política verdadeira que acontecesse mesmo na atenção primária o pessoal da atenção secundária estariam tudo de braço cruzado nos hospitais.” (Ent 5. prof .)

É nesse sentido que Campos (2003) reitera que dar prioridade à prevenção não é, necessariamente, uma estratégia de contenção de custos. Para o autor, não se pode descuidar do atendimento das demais necessidades de saúde,

nos níveis mais complexos do sistema, quando se tem em mente o cumprimento dos objetivos e pressupostos do Sistema Único de Saúde. Estes são, segundo a Lei Orgânica da Saúde, assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

Em alguns relatos dos profissionais de saúde, a atenção primária ainda é vista como uma atenção focalizada, mesmo que preventiva, para a população carente.

Os relatos do segmento usuário apresentam, de um modo geral, uma compreensão de que o atendimento na unidade de saúde Guiomar Arruda deveria funcionar de maneira mais rápida, em caráter emergencial, de pronto atendimento, Vejamos:

“De importante não vejo nada, até porque o atendimento aqui não é muito bom. Aqui é um sacrifício para você conseguir se consultar. Se tem uma pessoa doente, a pessoa fica boa até esperar o dia da consulta”. (Ent 1.U).

“Eu não sei qual é a importância, apenas que é perto de casa, a gente não anda muito, só isso...” (Ent 9.U).

“O problema daqui é que hoje eu tou boa, mas amanhã já tá doente, de repente, aí vem para cá, mas está tudo cheio, aí vai para a Santa Casa às vezes é atendido, às vezes não. (Ent 5.U).

“O atendimento daqui é bom, só precisa melhorar quando a gente precisa de repente e vem para cá”. (Ent 3.U).

“Aqui é um sacrifício para você conseguir se consultar. Se tem uma pessoa doente, a pessoa fica boa até esperar o dia da consulta.” (Ent 9.U).

“É muito importante, porque a gente não tem condições de pagar uma coisa melhor. Mesmo chegando às 7 horas para ser atendido ao meio dia, mas para a gente é importante, aí de nós se não fosse isso daqui.” (Ent 11.U).

Durante o período em que estivemos na UBASF Guiomar Arruda, observamos nas conversas entre os usuários, principalmente na fila de marcação de consulta, alguns relatos que expressam as dificuldades no acesso a consultas nessa unidade, ou mesmo, em outras unidades de saúde no bairro ou adjacências. No geral, os comentários apontam a dificuldade financeira da população no deslocamento para outros serviços de saúde. Desse modo, a unidade de saúde local torna-se referência para todas os problemas de saúde, mesmo em situações de

emergência. De um modo geral, esses relatos são reiterados na ocasião das entrevistas.

Essa busca da comunidade para ser atendida na UBASF tem várias implicações: a dificuldade de acesso aos serviços de emergência; a carência financeira para o deslocamento; o próprio entendimento do processo de saúde-doença; o formato histórico e cultural da política de saúde; o modelo de saúde que vem sendo organizado no município de Fortaleza e, especificamente, na unidade Guiomar Arruda; somando a isso, o trabalho junto à comunidade não vem conseguindo esclarecer de que forma as atividades são desenvolvidas na atenção primária, dentro do PSF.

Com base nos relatos dos usuários e na observação de campo, podemos afirmar que a dificuldade de acesso é uma questão que impõe muitos desafios para todos os níveis do sistema. Os relatos indicam que a dificuldade de acesso não é só na unidade Guiomar Arruda, mas em outras unidades, principalmente emergenciais, a exemplo dos hospitais secundários e terciários, na cidade de Fortaleza. A própria carência de unidades de emergência na região é sentida pelos entrevistados, o que faz com que a grande maioria procure a UBASF. Um segundo aspecto, que tem uma relação muito forte com o problema do acesso, diz respeito ao entendimento da comunidade em relação aos serviços prestados por essa unidade. Isso indica-nos duas possibilidades de interpretação: ou a comunidade não tem clareza de como a unidade está programada para atender, ou, em segundo lugar, como a dificuldade de acesso e as próprias dificuldades econômicas dos usuários são reais, a opção é buscar o atendimento emergencial na UBASF.

“É mais próximo, o jeito é vim para cá...” (Ent 15.U)

“Ajuda muito porque é mais perto, a gente não precisa pagar transporte”.
(Ent 5.U)

Embora com acompanhamento ambulatorial assegurado por conta de alguns programas, a maioria dos usuários entrevistados indica que a questão do acesso é a maior dificuldade enfrentada pelos familiares e comunidade.

“É importante, principalmente pra quem é hipertenso, a gente faz o tratamento direitinho”. (Ent 33.U)

“Para mim só tem importância porque pego remédio, porque quando meus meninos adoecem eu levo diretamente para o hospital infantil, porque na minha opinião aqui não presta não”. (Ent 17.U)

“É muito ruim, aqui é péssimo, não vou dizer que é bom, porque não é. Porque a gente vem marcar uma ficha é para daqui um mês, dois meses. Mas sem isso daqui a gente não teria nada”. (Ent 11.U)

Diante dos depoimentos, é possível afirmar que as pessoas entrevistadas do segmento usuário, nos seus relatos, expressam uma visão centrada na doença, no médico e no medicamento. Com isso, podemos considerar que esse cenário que vivenciamos é resultante de todo um processo histórico de priorização da cura, expressando-se a necessidade de que ocorram mudanças ou mesmo o aprofundamento das que vêm acontecendo, seja na organização e disposição do sistema de saúde, seja na prática dos profissionais e também no processo de organização e reivindicação da população.

Os relatos abaixo originários do segmento Conselheiro indicam algumas perspectivas:

“O nome já diz, a atenção primária é aquela que chega primeiro, a primeira atenção, que vem antes da doença, vem antes dos problemas estarem instalados. Então é aquela atenção que ela chega antes, que tem quer está em cima, que enfoca a promoção da saúde, a prevenção da doença, que chegue exatamente primeiro. (3.R.U)

“Atenção primária são os primeiros problemas que vem da comunidade, é uma forma de evitar doença, que a pessoa chegue até o hospital. Pode ser preto ou branco não importa, todos tem o mesmo direito. O SUS cobre todo o atendimento. Agora a lei não é cumprida.” (8.R.U)

“A atenção primária é fundamental, eu acho que ela é base de uma boa saúde.” (1.R.U)

“A atenção primária é os primeiros socorros.” (2.R.U)

Para o segmento Conselheiro, a atenção primária compreendida para além do aspecto preventivo, aparece pela primeira vez também como promoção à saúde. Isso demonstra que apesar de ainda ser pouco abordado, o aspecto da promoção começa a aparecer. Porém, como observamos, ainda está longe de ser uma das práticas em saúde presentes na unidade pesquisada.

Em um dos relatos do referido segmento, aparece uma questão que de certa forma traz à tona uma discussão que permeia muito o entendimento do que seja uma atenção primária, Vejamos:

“Eu acho que não deveria ter esse atendimento primário, porque nós estamos sendo prejudicados, porque tudo é muito precário. Era pra ter um centro com mais especialidades, pra ter um atendimento especial como no Carlos Ribeiro.” (9.R.U)

É possível ler nas entrelinhas desse relato a trajetória percorrida na gestão e evolução da atenção primária no Brasil, mesmo que, em alguns contextos, como vimos no capítulo 1, apareceram tentativas de se atribuir um caráter diferenciado ao entendimento dessa questão. De um modo geral, foi a operacionalização e o desenvolvimento de uma atenção primária seletiva de saúde, ou seja, uma prática complementar à medicina flexneriana, na qual se priorizava uma ação junto às populações pobres das zonas rurais e urbanas, com o uso de tecnologias simples e de baixo custo para o tratamento de doenças comuns, a exemplo das diarreias e pneumonias que atingiam esse conjunto populacional. Essa intervenção sobre os problemas de saúde era focalizada nas doenças e não causava grande impacto na diminuição da mortalidade (MENDES, 1999; VASCONCELOS, 2001).

4.3. Concepção do Programa Saúde da Família

Especificamente, em relação à compreensão acerca do Programa Saúde da Família, o segmento profissional de saúde deixa registrado certo encantamento pelo fato de lidar com os vínculos sociais e familiares das pessoas atendidas. Em última análise, com a condição humana.

Esse encantamento, entretanto, os leva a uma certa confusão acerca de profissões e respectivas funções, como as do psicólogo e do assistente social, que segundo alguns relatos perderiam suas especificidades e profundidade teórico-metodológica cedendo lugar à idealização. O relato a seguir é exemplar quanto a essa perspectiva, não obstante a relação estabelecida entre a “grandiosidade” do programa e a condição humana:

“Eu acho o PSF lindo, sério mesmo, acho lindo, acho muito legal, acho o fato do profissional ter esse contato com a família, com o paciente, em alguns casos todo mês, e você conhecer as necessidades daquela família, é importante pra você desenvolver o trabalho. Porque em um hospital chega um paciente daqueles e você não quer saber se ele pode comprar aquele remédio. Enquanto se você, tá vivenciando a realidade daquela comunidade você pensa duas vezes antes de passar alguma coisa se você sabe que ele não pode comprar. Acaba se envolvendo. Então o PSF não é só o médico, a enfermeira, o auxiliar, o agente de saúde, eu acho, que a gente acaba sendo um pouco psicólogo, assistente social, porque a gente acaba se envolvendo com a realidade daquela família. Muitas vezes não é nem a saúde, ele, o profissional, chega, e vamos conversar, e vamos ver o que tá acontecendo, sua mãe não tá bem, seu pai não tá legal. Então, aí tá a grandiosidade do programa”. (Ent.7. prof.)

Apesar da importância e das características do programa, os profissionais se ressentem de uma espécie de “sub-valorização” que ocorreria em razão do prestígio social conferido ao especialista, ratificado pelo gestor e fortalecido pelo mau funcionamento do SUS. Afirma um entrevistado:

“Hoje eu estou um pouco desestimulada porque você ver hoje os profissionais serem realmente discriminados, de certa forma marginalizados, é como se o profissional do PSF fosse sem nível. O profissional de nível é aquele que está no toque de linha dos hospitais, dentro das especialidades. Primeiro porque os gestores não valorizam, você não é valorizado dentro do seu próprio local de trabalho, porque se você é pós-graduado, se tem um mestrado, se tem um doutorado e trabalha no PSF, você ganha igual a um graduado. E tem mais, se você diz que trabalha no PSF, as pessoas dizem logo que é por falta de opção de emprego... o que dificulta é a falta de referência, o município não está preparado. Primeiro, a gente faz a referência, mas nunca recebe a contra – referência, então às vezes o paciente se perde.” (Ent.5. prof.)

A falta de vínculo e a sobrecarga de trabalho são características e empecilhos ao fortalecimento do programa, como expressa o depoimento a seguir:

“Eu vejo que a grande dificuldade do programa é quando o profissional está insatisfeito, porque a gente sabe que quando o profissional está insatisfeito é difícil a coisa ir pra frente, porque a pior coisa do mundo é a gente trabalhar a força. Então, uma das grandes dificuldades do profissional é a questão de instabilidade, eu acho que é o ponto principal porque o PSF, o programa foi montado pra criar vínculos, e a gente não tem vínculo algum... quando muda o prefeito, muda tudo, quebra o vínculo daquele profissional com a comunidade. As vantagens é que o programa vem se mantendo, né, vem conseguindo suprir de um jeito ou do outro a demanda, ele vem conseguindo suprir a necessidade de medicamento da comunidade, difícil é o remédio que a gente não tem. Então isso é uma vantagem muito grande, outra vantagem grande é a questão do vínculo que acaba se formando, quando não é quebrado, é ótimo. Infelizmente a quantidade de equipes é diminuta, são quatro, o preconizado pelo Ministério são de 700 a 1000

famílias, a grande maioria das nossas equipes tem 1.200, 1.300 a 1.500 famílias. Então, aí de qualquer maneira deixa uma brecha no atendimento”. (Ent.7. prof.)

“Um fato interessante que eu notei aqui, eu não posso te dar os números porque não sei, mas o fato é que quando o PSF começou o médico atendia um certo determinado número de famílias, então já passou um bom tempo, acho que sete anos e as equipes continuam as mesmas, e a gente sabe que em sete anos a população aumenta bastante. Então, a demanda aumentou, e isso diminui muito a qualidade do atendimento, e com certeza a atenção cai”. (Ent. 6. prof.)

Percebemos que a compreensão da concepção de saúde de forma ampliada, tal qual se encontra na Lei Orgânica da Saúde, vinculando-se às políticas econômicas e sociais e daí a perspectiva de efetivação da intersetorialidade, ainda não é totalmente assumida pelos profissionais na efetivação do programa. Os relatos dos profissionais são exemplares quanto a este aspecto:

“O PSF é um programa que tem que dá assistência a família toda, né, desde à criança até o idoso, em todos os pontos, é claro que na parte econômica, nem tanto, o PSF não pode dar conta, aí entra outros órgãos. Só que no acompanhamento ainda não dá pra dar essa assistência total. No PSF ainda falta muita coisa pra dar certo.” (Ent.8. prof.)

“Em relação ao programa PSF, ele ainda tem muito o que amadurecer em relação aos seus objetivos, a política de saúde como um todo, é uma estratégia muito boa, mas necessita de mudanças no sistema de saúde como um todo.” (Ent. 5. prof.)

“A gente já avançou muito, a exemplo das diarreias, da mortalidade infantil, que já diminuiu muito, porque a gente vem muito em cima desse problema, mais ainda tem muita resistência das pessoas que não vêm para o posto, querem tudo na mão, são muito acomodados, as informações que a gente passa pra eles contribuem mais não são suficientes, para que aconteçam legal.” (Ent. 1. prof.)

“O mais importante do PSF, no meu modo de pensar, e que o que melhorou muito é a visita do médico, porque não existia. Tem gente que não tem condições de ir ao posto, os hipertensos, com AVC, já existe um acompanhamento melhor, tem os grupos, a população está se acostumando, mais a demanda ainda é muito grande”. (Ent. 1. prof.)

Expressando algumas das limitações do programa em termos de cobertura, afirma um profissional de saúde:

“As pessoas que se enquadram em algum programa do PSF, elas dizem, assim, que o programa é muito bom, pelo fato de ter um acompanhamento mensal, porque tem a consulta agendada, e o que se destaca muito hoje, porque quando se tinha só o PACS, não tinha a visita domiciliar da enfermeira e do médico, quando a pessoa não pode vir tem toda a assistência em casa, então pra essas pessoas melhorou, mas pra as

peças que não estão enquadradas em programas ela diz que é muito ruim, porque tem que esperar mais de um mês pra conseguir uma consulta, então tem esse dois lados, é muito contraditório, e é assim que funciona. Então a idéia do PSF é que tivesse essa atenção maior as famílias, já melhorou, a demanda é mais organizada, mas enquanto uma equipe tiver que muitas famílias, deixará a desejar. (Ent. 1. prof .)

“Agora o PSF veio pra facilitar mais pra nós, pro posto e pra a comunidade, é assim que eu entendo o PSF”. (Ent. 4. prof .)

Em síntese, os relatos apresentados expressam várias questões que indicam o entendimento dos profissionais acerca do PSF, das dificuldades e dos avanços dessa estratégia no contexto de reorganização do sistema de saúde no município de Fortaleza.

Inicialmente, pudemos destacar em algumas falas por parte desse segmento a compreensão de que o PSF é um programa de saúde que tem como objetivo dar atenção integral às necessidades em saúde das famílias. Esse aspecto é importante porque “a centralização na família nos diz do conhecimento dos seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas, bem como do reconhecimento da família enquanto espaço singular” (MACHADO DE SOUZA; 2003:201).

Entretanto, essa compreensão por parte dos profissionais ainda é bastante idealizada, especialmente porque seu alcance estaria condicionado à interdisciplinaridade, de fato, uma vez que o alcance dos objetivos definidos para o PSF se constitui hoje como principal estratégia para a implementação da política de saúde voltada para a mudança do modelo assistencial vigente posta pelo MS.

Essa visão não é homogênea. Para outros profissionais, o PSF veio para atender às populações mais pobres, em formato de programa. Essa compreensão do PSF como programa, na verdade, resulta de uma lógica assumida ao longo da trajetória da política de saúde. Para este grupo, o PSF se integra ao conjunto de outros programas do Ministério da Saúde, adotado pelos municípios verticalmente, representando o modelo de atenção hegemônico de caráter racionalizador, com características de ações pontuais, a exemplo do documento Ano da Saúde Pública no Brasil – Ações e Metas Prioritárias (Brasil, 1997), que situa o PSF como programa ao lado de outras ações ou como programa de atenção primária.

Destaque-se também o desestímulo e a insatisfação de profissionais com o PSF. Seja pelo caráter discriminatório direcionado aos profissionais que atuam no

seu âmbito em relação aos que atuam nos outros níveis, seja pela falta de valorização do gestor em garantir melhores condições justas de trabalho, superando a precariedade, por exemplo, da contratação das chamadas cooperativas de trabalho.

Tais condições refletem no resultado final do trabalho desenvolvido, seja pelos baixos salários, seja pela demanda além da capacidade de atendimento, instalações físicas da unidade e escassez de recursos, etc. É nesse sentido que Campos (*Apud* ANJOS, 2001) reconhece a importância dos recursos humanos nas organizações de trabalho, especialmente, no setor saúde, uma vez que o alcance de seus objetivos depende, em primeiro lugar, daqueles que operam suas ações. São os profissionais que desempenham as atividades, controlam todo o processo produtivo, por meio da assistência curativa, o que nos remete ao entendimento de que cabe a esses profissionais uma parcela considerável de responsabilidade para um bom desempenho das atividades do PSF, considerando, é claro, as responsabilidades que cabe ao poder público municipal.

Outro destaque importante, e indicado como um grande obstáculo em relação à concretização do PSF no município de Fortaleza, é a fragilidade de operacionalização da referência - contra - referência. Em outras palavras, a própria fragilidade do SUS.

Não obstante, há o reconhecimento dos avanços que se tem com o PSF. Conforme visto, os vínculos com as pessoas aparecem como um dos aspectos mais positivos, apesar da dificuldade de acompanhamento de fato da clientela adscrita, devido à quantidade de famílias e à composição e número das equipes.

Essa situação é destacada nos relatos dos três segmentos entrevistados como um dos aspectos problemáticos do PSF, ou seja, a demanda é maior do que a capacidade de atendimento prevista por área de abrangência de cada equipe. Ademais, o PSF foi estruturado para atender por meio de Programas, a exemplo do Planejamento Familiar, Hipertensos e Diabéticos, Puericultura, etc., todavia, uma parcela considerável da população não é incluída em nenhum desses programas. Os usuários inseridos sentem-se em parte satisfeitos, mas os que não estão incluídos nesses programas específicos são os que se sentem mais discriminados e desrespeitados pelos serviços de saúde.

A maioria dos usuários entrevistados, num total de 85,7%, afirma que já ouviu falar do PSF. Desse percentual, 42,9%, portanto, 15 entrevistados, dizem que o conhecimento acerca do Programa foi obtido por meio da propaganda na televisão. Outros 11 (31,4%) entrevistados obtiveram a informação na própria unidade de saúde. Quando indagados se já foram atendidos pelos profissionais do PSF, a maioria dos entrevistados, num total de 20 (57,1%), diz que já foi atendida na própria unidade de saúde, mas não sabia que se tratava de profissionais do PSF. Já 12 (34,2%) entrevistados afirmam que também foram atendidos na unidade, mas sabiam que os profissionais eram do PSF. Nesse sentido, 32 (91,3%) só tiveram atendimento na UBASF. Em relação ao atendimento domiciliar, a maioria dos entrevistados, num total de 28 (80%), tiveram a visita dos ACS, sem saber que os mesmos compõem a equipe do PSF. Em relação ao encaminhamento para outras unidades de saúde, um dado positivo aparece quando dos 35 entrevistados 25 (71,4%) afirmam que não há dificuldade para serem encaminhados, considerando, ainda, que 6 entrevistados (17,2%) nunca precisaram ser encaminhados para outra unidade de saúde. Em relação ao nível de satisfação com o atendimento realizado pela UBASF, 16 (45,7%) não se sentem satisfeitos; 10 (28,5%) se dizem satisfeitos e 9 (25,7%) estão mais ou menos satisfeitos. Portanto, podemos considerar pelos dados coletados que, no geral, há um nível de insatisfação muito grande com os serviços prestados por essa unidade de saúde. (Ver apêndice IV, páginas 129, e 130 e 131).

Podemos considerar pelos dados acima que os Agentes Comunitários de Saúde, ainda continuam realizando as mesmas práticas rotineiras e mergulhadas, inclusive, em algumas práticas burocráticas. Não há muita diferença na ação desse segmento do que se tinha antes de 1997, quando só existia o PACS. Essa situação demonstra que ainda persiste uma prática sanitária voltada somente para a cura das doenças e uma lógica de organização dos serviços básicos de saúde muito fragmentada. Como os próprios dados demonstram, são os ACS que vivenciam mais intensamente o cotidiano dessa comunidade, sem contar que a maioria reside na micro-área onde desenvolve o trabalho. Agora um elemento que não pode deixar de ser considerado é que a mudança de um modelo de saúde não será assegurada apenas por uma única categoria nem muito menos por uma única ação em saúde, a exemplo do PSF. Um novo modelo de saúde, conforme destacado por Mendes

(1999), implica mudanças na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária.

No segmento usuário aparece de uma forma muito clara os níveis de satisfação e insatisfação em relação aos serviços oferecidos pela UBASF Guiomar Arruda. No geral, numa mesma fala, os conteúdos expressam esses dois sentimentos. Há uma indicação muito forte do que os entrevistados consideram como positivo e negativo no atendimento da UBASF.

“Acho que falta mais gente para atender, para marcar ficha. Quando tem retorno é mais fácil. Tem muita gente para atender, é muito trabalho para os profissionais.” (Ent.4.U)

“Olha é importante, é bonzinho, mas às vezes a gente chega e fica com raiva, até disse para a enfermeira que deveria fechar, porque a gente chega e o computador me tirou do sistema. É bonzinho, melhor que nada.” (Ent.19.U)

“É importante porque atende as pessoas, mas não é tão importante não, falta médico, marca pro outro dia.” (Ent.30.U)

“Eu acho que deveria ter mais posto, mais próximo das comunidades, é muita gente para eles atenderem, o espaço é pequeno” (Ent 7.U).

“A fila é grande, e às vezes a gente não consegue marcar nada. É muita gente para atender, e a gente tem que entender também o lado dos profissionais”. (Ent 8.U).

“É bom, do jeito que ta difícil ir pra os hospitais, é mais fácil, às vezes é bom às vezes é ruim, às vezes tem remédio, às vezes não, mas como a gente não tem dinheiro pra comprar, às vezes ajuda.” (Ent 31.U)

“Não tem muita importância não, porque sempre que a gente vem marcar consulta, só consegue quando tem desistência ou só daqui um mês.” (Ent 26.U)

“Eu tou satisfeita, não tenho nada contra, mas pra melhorar tem que ter mais médicos, tem muita população pra pouco médico.” (Ent.29.U)

Os posicionamentos dos usuários refletem, de um lado, críticas à falta de médico e remédio à demanda superior ao número de profissionais e à demora para conseguir consulta. De outro lado, registra-se certo conformismo ou impotência diante da realidade vivenciada.

Em relação ao segmento Conselheiro, os relatos demonstram um misto de crédito e descrédito em relação ao que vem sendo construído pelo PSF.

Há claramente expresso nos relatos do referido segmento que o programa não vem sendo operacionalizado como previsto na sua formulação e que necessitaria passar por um processo de reestruturação.

“O PSF é um programa muito bom, mas não é aplicado como é pra ser, como aparece na TV.” (1.R.U)

“ O PSF é um projeto, só que ele não cresceu, ele ficou meio paráltico. O nosso objetivo no Conselho é que o SUS caminhe, cresça.” (8.R.U)

“Quando eu vim para o Guiomar Arruda, eu já era do PACS, tá entendo, então eu sentia a dificuldade da pessoa se consultar, porque o agente de saúde tava na área, mas a pessoa tinha dificuldade de conseguir consulta. A comunidade não tinha a segurança de tá doente, tá acamado e de ter um médico pertinho dele, acompanhando ele. Quando eu vim pro Guiomar Arruda eu vi uma história diferente. Eu vi a felicidade da enfermeira falar a felicidade dela ir pra área ver os pacientes. Só que com passar do tempo, hoje em dia eu vejo o PSF diferente, não sei se por causa da situação precária, não sei se as pessoas tão se afastando, não sei se os pacientes exigem demais, hoje em dia o PSF é um programa da saúde é diferente, já não tem mais aquela boniteza. O PSF precisa ser reestruturado. A equipe precisa ir na comunidade e explicar melhor o programa.” (6.R.P.M)

Há, porém, relatos dos usuários que divergem dos anteriores, os quais expressam o entendimento de que o PSF é uma estratégia cuja tendência é o crescimento e a otimização das suas ações. Para estes, a partir da implantação do programa, os indicadores vêm apresentando resultados positivos, mesmo diante das dificuldades inerentes à sua estruturação e organização, especificamente, no bairro Pirambu.

“O PSF no Pirambu não tem mais volta, ele tem crescer, precisa de incremento, ser otimizado, ampliado, ter uma atenção especial, porque nós já temos muitos e muitos resultados positivos depois que o PSF foi implementado. A questão da adscrição da clientela ela acaba realmente causando na própria clientela uma inquietude muito grande até porque o programa é muito pouco explicado a comunidade, na verdade a comunidade ainda não compreendeu o programa, e como ela não compreendeu, ela tem dificuldade de aceitá-lo. Quem se utiliza do programa dentro de todos os seus componentes, por exemplo, pessoas que fazem o planejamento familiar, resolveu engravidar, fez todo o seu pré-natal, teve o seu filho e teve a visita puerperal, fez a sua purpericultura, ela consegue ter uma percepção diferenciada daquela pessoa que vem só buscar a consulta médica.” (3.R.P.S).

“O PSF tem o objetivo de facilitar o acesso, por exemplo se na área tem uma pessoa sem condições de vir ao posto, como o acamado, então a gente anota, porque o paciente tá muito doente, é de idade, então nós levamos o médico, e aí se tiver de encaminhar, ele encaminha.” (7.R.P.M).

Há depoimentos, como este de um Conselheiro representante dos profissionais de nível superior, que destacam as dificuldades do PSF, bem como a compreensão de que elas decorrem do padrão assistencial à saúde predominante no município de Fortaleza: centrado no pronto atendimento, tipo queixa-conduta, no qual o principal compromisso do ato de assistir está voltado prioritariamente para a

produção de procedimentos, em detrimento do atendimento às necessidades dos usuários. Afirma o Conselheiro:

“Eu acredito no PSF, ele tem retorno, agora a questão da atenção primária dentro do PSF, ela deveria ser o carro chefe, mas é como já falei anteriormente, é necessário um processo, até mesmo entre os gestores, os profissionais que o compõe, eu acho que o programa ainda finda as suas bases numa atenção voltada secundariamente, ainda tá na questão do tratamento. Ainda a atenção primária, digamos, ainda não tem um espaço devido dentro do programa. Porque permeia várias questões, porque os gestores querem dar uma resposta imediata a comunidade, para a população, e a população ainda está centrada na história da medicalização, ainda sente essa necessidade de estar sendo assistida com a medicação, e como os gestores querem dar essa resposta continua ainda com a questão de produtividade, com questões de ter muitas mais consultas ambulatoriais, do quer na área, formação de grupos específicos, espaço de tempo para quer você possa fazer uma sala de espera efetiva.” (3.R.P.S).

4.4. Dificuldades e Avanços do PSF no Bairro Pirambu

Quanto às principais dificuldades e avanços relacionados ao PSF da sua implantação até os dias atuais, tivemos os seguintes relatos dos três segmentos, que serão apresentados nos quadros abaixo:

4.4.1. Na perspectiva dos Profissionais

DIFICULDADES	AVANÇOS
1. Resistência das pessoas que não vêm para o posto, querem tudo na mão, são muito acomodadas. 2. As informações passadas à comunidade não são suficientes para o trabalho de prevenção. 3. As condições de trabalho dos profissionais. 4. A comunidade não entende a lógica de funcionamento do PSF. 5. O acompanhamento - muitas	1. Mudança no modo de ver a saúde-doença. 2. Visita do médico. 3. Facilidades no encaminhamento para outras unidades. 4. Diminuição da mortalidade infantil e materna. 5. Na atenção que os programas dão às pessoas. 6. Vínculo que se estabelece entre as

<p>famílias e poucas equipes.</p> <p>6. Os gestores não fazem avaliação dos indicadores.</p> <p>7. Rotatividade de médico.</p> <p>8. Insatisfação dos profissionais devido ao vínculo instável.</p>	<p>equipes e as famílias.</p> <p>7. Mudança de comportamento, no estilo de vida, na qualidade de vida, das pessoas saberem que existe o programa, que existem a medicação, que existem programas, que existe profissionais responsáveis.</p> <p>9. Diminuição do número de encaminhamento aos hospitais. O programa vem se mantendo, vem conseguindo suprir de um jeito ou de outro a demanda.</p> <p>10. A essência do PSF que é a mudança do modelo, de tratar a doença, de não tratar apenas o curativo, é a idéia de procurar sempre a prevenção.</p>
---	---

Fonte: Dados da Pesquisa

Apesar de todas as dificuldades apontadas, temos nesse segmento a compreensão de que o PSF pode ajudar a reverter as bases do antigo modelo de atenção à saúde, centrado na doença.

4.4.2. Na perspectiva dos Usuários

DIFICULDADES	AVANÇOS
<p>1. Falta de organização.</p> <p>2. Demora da consulta no dia que está marcada.</p> <p>3. Muita gente para pouco profissional.</p> <p>4. Falta médico; falta remédio; fila grande.</p> <p>5. O atendimento é muito ruim.</p> <p>6. Os Profissionais têm que lidar com pessoas ignorantes.</p> <p>7. Faltam aparelhos para os profissionais trabalharem.</p>	<p>1. As pessoas que estão nos programas já saem com o retorno marcado.</p> <p>2. Quem não pode vir para o posto, o médico vai em casa.</p> <p>3. Apesar de às vezes faltar remédio, tem mais do que antigamente.</p> <p>4. Os profissionais são mais atenciosos.</p> <p>5. Tem mais orientação, tem palestras.</p> <p>6. A existência do grupo dos idosos.</p>

<p>8. Os profissionais ficam estressados.</p> <p>9. Os computadores atrapalham, dificultam o atendimento.</p> <p>10. Os funcionários do SAME são lentos e ignorantes.</p> <p>11. Por conta do tamanho da fila e da demora para marcar ficha, acaba em confusão.</p> <p>12. Poucas salas para atendimento.</p> <p>13. Mais de 30 dias para se conseguir uma consulta.</p> <p>14. O espaço é pequeno.</p> <p>15. Não atende na hora que a gente precisa.</p>	<p>7. O serviço é mais organizado.</p>
--	--

Fonte: Dados da Pesquisa

No segmento usuário, há uma indicação explícita de que hoje no PSF existem mais dificuldades do que avanços. Em relação aos avanços, os usuários apontam como principais a relação que vem se estabelecendo entre os profissionais e os usuários, a programação e a organização da demanda, bem como a visita nas residências do profissional médico. Apesar da visita do enfermeiro e do ACS, o médico ainda é uma figura fundamental para o usuário, central no ato de assistir. Isso é confirmado pelas falas dos usuários em vários momentos deste estudo.

4.4.3. Na perspectiva dos Conselheiros

DIFICULDADES	AVANÇOS
<p>1. Espaço da unidade é pequeno.</p> <p>2. Antes o atendimento era melhor, era no Carlos Ribeiro, era melhor estruturado.</p> <p>3. O bairro não possui hospital de emergência mais próximo.</p> <p>4. Muita demanda, poucas equipes.</p> <p>5. A visita domiciliar ainda é</p>	<p>1. Redução dos indicadores de mortalidade infantil e materna.</p> <p>2. Os profissionais já estão mais qualificados para atuar no PSF.</p> <p>3. A comunidade aos poucos está conhecendo e entendendo o PSF.</p> <p>4. Maior facilidade no encaminhamento para outras</p>

<p>insuficiente.</p> <p>6. Falta maior capacitação dos profissionais.</p> <p>7. As palestras acontecem no meio do corredor, faltam salas.</p> <p>8. A comunicação com a comunidade é pouca.</p> <p>9. Pouca intersectorialidade.</p> <p>10. Péssimas condições de trabalho para os profissionais.</p> <p>11. As pessoas culpam os profissionais.</p> <p>12. Muita fila e demora para marcar consulta.</p> <p>13. A comunidade não gosta dos computadores, alegam que a demora no atendimento é por culpa deles.</p> <p>14. A lei do SUS não é cumprida.</p>	<p>unidades.</p> <p>5. Visita as pessoas acamadas, que não podem vir para a unidade.</p> <p>6. Já não falta tanto remédio.</p> <p>7. Já se consegue detectar algumas doenças a tempo de tratar.</p>
---	---

Fonte: Dados da Pesquisa

As visões acerca das dificuldades do PSF, para o segmento Conselheiro, assemelham-se às dos outros dois segmentos. Porém, para os primeiros, um elemento importante é destacado: a ausência de intersectorialidade no PSF.

A efetivação de qualquer ação de saúde, segundo sua concepção ampliada, requer a interlocução com políticas públicas de outros setores. O PSF, ao adotar como modelo teórico a vigilância da saúde, não pode deixar de considerar que este também prescinde do desenvolvimento de ações intersectoriais, considerando elementos integrantes das práticas desenvolvidas por seus profissionais.

A vigilância da saúde como prática sanitária articula ações de promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e atenção curativa. Nesse sentido, necessita apoiar-se, estar fincada no território, no problema e numa dimensão intersectorial (MENDES, 1999). Para tanto, as equipes de saúde da família precisam extrapolar o espaço das suas ações, articulando-as com outros setores: educação, saneamento, segurança, entre outros para superar a sua própria

limitação no atendimento aos problemas identificados e que nem sempre estão no seu campo específico de atuação.

4.5. A Integralidade das Ações no PSF

A integralidade das ações, um dos princípios do SUS, traz em si a compreensão da necessidade de articular as atividades de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação em cada nível do sistema de saúde, com um horizonte de intervenção individual e coletivo. Isso exige situar o indivíduo numa totalidade, inserido em um contexto social mais amplo. Entretanto, no campo da discussão teórica, percebe-se uma cisão da unidade teoria-prática.

É claro para o segmento profissional, no geral, que a integralidade das ações vem acontecendo, mas não depende tão somente do trabalho desse segmento, mas também de mudanças de concepção de saúde, seja pelo tipo de acompanhamento que faz, pela forma como trata o paciente, pela qualidade e não a quantidade de atendimentos realizados e pela forma como vem se estruturando e se organizando o setor saúde.

Acerca do entendimento dos profissionais sobre integralidade das ações, há divergências. Para alguns, um acompanhamento integral “deve atender o paciente como um todo, da medicação à escuta das suas necessidades”. Essas necessidades, em algumas situações, significariam até a revelação da intimidade do paciente para o profissional que faz o atendimento, em razão da confiança estabelecida entre ambos. Há uma fala de um ACS que expressa o conflito de ter que fazer um trabalho integral, de escuta das necessidades do usuário e o dever de ter que cumprir as metas estabelecidas de visitas mensais. Claramente, essa fala indica que a escuta ao usuário pode representar horas de trabalho dispersas para a coordenação do PSF, de atividade não-realizada, que poderá comprometer as estatísticas previstas pelos gestores locais e trazer problemas para o profissional que demorou mais tempo no seu atendimento. Pelo relato, o que impera ainda na unidade de saúde é a preocupação com a quantidade de atendimento, em detrimento das necessidades e da qualidade do serviço oferecido à população.

“Apesar desse tempo de implantação, a integralidade ainda vai demorar muito, ainda tá sendo trabalhada, porque isso é problema a ser resolvido a longo prazo, longo, longo mesmo, não depende somente da ação dos profissionais, depende também das pessoas maiores, da comunidade.” (Ent. 3. prof .)

“Para ter essa integração tinha que ser assim: o paciente tinha que vir para a unidade, tinha que ser atendido pelo profissional, medicado, mas que ele tivesse um acompanhamento mensal. Se ele toma um remédio, mas a pressão continua do mesmo jeito, o paciente tinha que ser acompanhando passo a passo, porque a gente sabe que não é só a medicação, a gente sabe que um tratamento de hipertensão e diabetes ele vem composto de outras coisas. Então, assim, toda essa atenção, tinha que ter, não só a medicação e vai embora. Outra coisa é que a abertura do paciente depende muito do atendimento que ele tem com o profissional, porque tem médicos que eles não dão abertura para o paciente. Têm médicos que quando a pessoa vem se consultar a pressão dele sobe, porque ele fica nervoso. Aí é que entra a integração, porque o médico tem que ter toda aquela paciência, para poder dar uma assistência melhor. Eu acho que a comunidade se sente mais à vontade com os agentes, porque faz parte da comunidade. Isso não só em relação a saúde, mais, assim, no meu caso, eles confiam demais, até em falar coisas da intimidade deles. Mas isso depende do profissional. Muitas vezes eu não posso fazer nada, mas pelo menos oriento. Tem casas que você tem que ir todo dia porque já faz parte do seu dia a dia, isso é tão impressionante porque a visita do agente de saúde é carregada de muita coisa, eu vou duas visitas, tem casa que você chega e diz tudo bom, essa palavra já é suficiente pra a pessoa chorar, e tem visita que a pessoa fala tanta, que a gente não trabalha, que a gente faz só ouvi, só acolhe, mesmo tendo um monte de visita pra fazer, porque a gente tem que fazer 16 visitas por dia. O agente de saúde tem que ter uma postura como profissional, ele sabendo escutar. Porque o que querem da gente é números, muitas vezes não é qualidade, tem que se fazer tantas visitas por dia. Porque se você fizer uma que oriente aquela pessoa, que você der uma medicação e retorne pra ver o efeito da medicação, você não pode esperar, ou voltar pra ver, porque só conta um visita. Às vezes você volta, mas é difícil, porque tem que cumprir as 16 visitas.” (Ent. 2. prof .)

Outros relatos dos profissionais indicam que a integralidade vem acontecendo em alguns programas específicos, a exemplo do planejamento familiar, pré-natal e puericultura. Nestes, em muitas situações, o profissional acompanharia uma “geração familiar”, devido aos vínculos que se estabelecem entre seus membros e os profissionais.

“A integralidade é um ponto positivo na atenção primária. É uma coisa que sempre digo que a vantagem dos profissionais de saúde da família de certa forma terem dedicação exclusiva é exatamente o vínculo entre o profissional e o usuário, porque hoje muitas crianças que estão hoje com oito anos, eu fiz o pré-natal das mães. Então aqui você trata a criança, o adolescente e a mulher em várias fases da sua vida. Você acompanha ela do planejamento familiar, faz a coleta citológica, da gravidez ao pré-natal, do pré-natal acompanha a criança até 1 ano de idade, faz a visita domiciliar e aí vai. De certa forma existe a integralidade das ações, principalmente na saúde da mulher, e da criança porque vem desde o pré-natal até os dois

anos onde ela é acompanhada pelo agente de saúde e pela puericultura. Mas acho que a integralidade é um fator forte, mas ainda não é uma grande preocupação. Essa integralidade, os profissionais conhecerem os usuários pelo nome, os usuários conhecerem os profissionais pelo nome, de certa forma ter uma certa confiança de que chegar aqui e vai ser atendido, vai resolver aquele problema, de se não conseguir, vai ser encaminhado.” (Ent. 5. prof .).

Nesse mesmo segmento, fica explícito em alguns relatos que a integralidade das ações não vem acontecendo com maior expressão, em razão da ausência de outros profissionais no PSF. Entretanto, por mais que destaquem a ampliação da equipe com outros profissionais, há um entendimento de integralidade como interdisciplinaridade.

“ ... é o assistente social, é o psicólogo, que infelizmente a gente não tem ainda. E se a gente tivesse o trabalho ia ser desenvolvido, ia ser muito melhor, né. E eu acho que já tem, graças a Deus, tá tatiando, mas já tem uma integralidade de ação muito boa, na grande maioria dos PSF com os médicos e enfermeiros. Apesar daquele primeiro receio do médico, mas eles já estão vendo que é mais lucrativo se o negócio andar junto. Mas, ainda falta muito, falta muito profissional pra gente botar no programa. O primeiro passo já foi dado quando o médico tentou deixou de ser uma equipe, e o segundo seria de incorporar outros profissionais.” (Ent. 7. prof .)

Esse relato traz algo fundamental para a ampliação da discussão relativa à necessidade de se pensar novas estratégias para superar os dilemas vividos na área da saúde. Tem razão Camargo Júnior (2003) ao afirmar que é necessário reconhecer que os indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para atender a variedade e nível de demandas apresentadas pelos sujeitos em suas necessidades de saúde. Daí, pensar o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da saúde, torna-se uma necessidade fundamental e contemporânea, superando um paradigma que prevê a criação de superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade dos indivíduos.

Destaque-se também que, embora não haja uma recorrência por parte dos profissionais entrevistados, a indagação a seguir é enfática e traduz um pouco as lacunas deixadas no processo de capacitação dos profissionais que trabalham no PSF.

“Como assim? Integralidade? Nunca ouvi falar sobre isso.” (Ent. 4. prof .)

Para o segmento usuário, o entendimento e avaliação acerca da concretização da integralidade das ações no PSF se revelam, conforme vemos a seguir:

“A gente se dá bem. Os profissionais são educados, tratam a pessoa bem, só os médicos é que são ignorantes, tem um que trabalha aqui que é muito ignorante.” (Ent.1.U)

“A gente se sente bem, só que às vezes eles perguntam as coisas, às vezes não perguntam nada...” (Ent.2.U)

“Não tenho o que dizer de nenhum deles, me sinto bem aqui, conheço todo mundo aqui.” (Ent.5.U)

“Sou bem atendido, fico bem à vontade. Quando você vai para o médico tem que ir bem relaxado para conversar com ele. Na consulta dialogamos, expliquei como perdi minha capacidade motora.” (Ent.10.U)

“Acho que eles (os profissionais) atendem muito bem, tratam muito bem, mas como tem muita gente, tem uns que falam muito do atendimento. Mas em todo canto é assim.” (Ent 4.U)

“Me sinto muito bem, a agente de saúde é minha vizinha. Com os outros profissionais nunca tive problema, sempre fui bem atendida, mas me sinto mais à vontade com a agente de saúde. Tem vezes que a gente não sai bem informada da consulta, porque é ligeiro, não dá tempo. Os profissionais têm muitos problemas, é muita gente para atender.” (Ent 16.U)

“Tou satisfeita não, nem ninguém da minha rua. O pessoal que dá a ficha lá fora deviam ter mais organização, ter mais respeito com as pessoas, eles não são nem aí, não sabem atender. Tá bom de mudar alguns funcionários, a gente chega doente e sai pior do que chega.” (Ent 20.U)

Os relatos acima trazem alguns elementos que expressam formas do relacionamento cotidiano entre os usuários e os profissionais de saúde. Algumas pistas indicam a existência de um algum vínculo mais ou menos aproximado entre esses dois segmentos. Por meio da observação direta que fizemos com os profissionais nas micro-áreas, ou durante o acompanhamento às consultas ambulatoriais, percebe-se certa construção desses vínculos, haja vista que a própria existência dos programas leva a isso.

Entretanto, alguns relatos dos usuários apontam as dificuldades para a construção desses vínculos. Há uma indicação muito clara de que a aproximação entre alguns profissionais e os usuários já vem acontecendo. Inclusive, aparece em alguns relatos a compreensão dos usuários em relação às dificuldades enfrentadas pela equipe para a realização de um trabalho de melhor qualidade, devido à enorme demanda que é colocada para os profissionais.

Os relatos do segmento usuário, a seguir, explicitam as dificuldades de relacionamento com o médico que até então atendia os usuários da “equipe vermelha”. Vejamos:

“Só quem tratava a gente meio diferente era o médico anterior, mas os outros tratam a gente bem, conversa com a gente, entende a gente. Mas nem sempre a gente fica à vontade, porque tem dia que eles estão com uma cara feia. Lá na portaria eles são muito ignorante.” (Ent 12.U)

“Me sinto bem, quando eles atem aqui ou quando a agente passa lá em casa, não tenho vergonha de perguntar as coisas. Só não gostava do doutor que já saiu, porque quando ele atendia a gente tratava como se a gente fosse uma pessoa qualquer, não escutava o coraçãozinho da criança, ele não era um bom doutor, atendia rápido. Não tinha muita conversa, acho que na consulta precisa de conversa, como faz a enfermeira, ela atende bem.” (Ent 27.U)

Percebemos que a formação e a capacitação dos profissionais de saúde, de modo geral, enfatizam conhecimentos sobre doenças e agravos. Isso gera “uma lacuna de formação no campo relacional, transferindo à sensibilidade e à habilidade de cada profissional a possibilidade de um bom desempenho, conforme verificou Favoretto (2002), ao analisar o Programa Médico de Família do Ministério da Saúde.”(SILVA JUNIOR et all, 2003:125)

Aspectos de fragilidade na formação e capacitação dos profissionais de saúde são sinalizados por Mattos (2001:62), quando analisa a integralidade da atenção nos serviços de saúde, em que alguns profissionais na sua prática cotidiana “impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas de doenças. Lidam com os sujeitos como se fossem apenas portadores de doenças, e não portadores de desejos, de aspirações, e de sonhos”. Os relatos dos usuários abaixo expressam bem o entendimento desse autor:

“Quando venho pra consulta é assim que me sinto, até no pré-natal, até troquei de enfermeira veia. Ela não orienta direito, só diz que tudo tá perfeito, tá ótimo, só diz isso (risos), não fico satisfeita não, porque se o bebê tiver um problema, uma doença? Falta mais orientação. Eu gosto da agente de saúde, ela trata a gente bem. Agora gosto do médico novo, ele atende a gente direito, fala, explica, examina a gente, ele é um médico, um médico mesmo que a gente abre a boca e pode dizer.” (Ent 10.U)

“Quando era o outro médico, ninguém gostava dele, ele nem olhava a cara da gente, só passava o remédio e pronto.Ele saiu. Aí veio o outro doutor, ele examinava direitinho, só que ele já saiu, agora a nova doutora é a primeira vez. Na hora da consulta em me sinto bem.” (Ent 35.U).

“A agente de saúde que passa lá em casa é muito legal, conversa com a gente, explica as coisas. Com esse médico novo ele é muito legal, o outro era muito ignorante. A gente tem que perguntar tudo, porque se não a gente não perguntar é a gente que é prejudicado.” (Ent.11.U)

A minha agente de saúde é ótima, a enfermeira também é ótima. Eu gosto delas, elas brincam, conversa, explica como cuidar da minha filha. São como minhas amigas, me sinto à vontade. Aqui era para ter também um psicólogo.” (Ent.13.U)

“O problema daqui é a demora... eu vim marcar consulta para o meu filho, dá tempo a criança viver, morrer, viver... demora demais. E quando a gente vem para a consulta demora ser atendido, a pessoa que chega cedo deveria ser atendido logo.” (Ent 13.U)

Esses relatos expressam as necessidades dos usuários de serem vistos, de deixarem de ser invisíveis aos olhos dos que têm por função atender suas necessidades de saúde. É a expressão de uma vontade, do desejo de estabelecer uma relação face a face, de falar de si, da necessidade que o profissional o escute antes de qualquer confirmação de diagnóstico, talvez seja o que Teixeira (2003:91) sugere: “a necessidade de superação do (monopólio do diagnóstico de necessidades) e de integrar a (voz do outro) nesse processo”.

Essa necessidade dos usuários de se expressarem aparece em muitos momentos, seja na hora da consulta, na visita do agente de saúde ou nas palestras que acontecem. São momentos fundamentais para a expressão desses desejos, mas são frustrados em razão de inúmeros fatores, seja a falta de habilidade relacional do profissional, a timidez do usuário ou mesmo a precariedade das condições físicas, ou a ausência de privacidade do ambiente onde são realizados os trabalhos de educação em saúde.

“Não gosto daqui porque quando a gente vai para a consulta não pergunta o que a gente sente, já vê no papel que a gente tem diabetes, mas não pergunta nada. Elas têm quer perguntar onde sinto uma dor. Tenho depressão, mas não tem tratamento aqui.” (Ent 8.U)

“Sempre passa lá em casa, os alunos que são daqui, passam orientando como se prevenir da dengue.” (Ent 5.U)

“Aqui no posto eles falam, eu leio os cartazes que falam como se prevenir das doenças.” (Ent 19.U)

“Aqui já teve umas palestras, eu participei a da AIDS. Mais é muito pouco.” (Ent 20.U)

“Tem umas palestras no posto, mas não tenho muita lembrança do que se tratava.” (Ent 25.U)

“Passa o carro da dengue, vejo alguns cartazes, mas só isso.” (Ent 6.U)

“A enfermeira sempre orienta sobre HIV e planejamento familiar.” (Ent 12.U)

“Sempre tem no posto, sobre HIV, e a agente de saúde quando passa lá em casa ela também fala.” (Ent 26.U)

A grande questão posta por meio dos relatos dos usuários, talvez seja a busca de entendimento de que as necessidades colocadas por esse segmento vão muito além de um diagnóstico centrado no indivíduo, da quantidade de informações que são repassadas pelos profissionais ou estagiários, ou até mesmo de um trabalho preventivo. Para além dessas demandas explícitas, há pontos fundamentais quando **a integralidade é o horizonte de trabalho**. Nesse sentido, é indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal.

Esse é o grande desafio da integralidade. Somente quando os profissionais de saúde estiverem abertos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar – como a simples necessidade de conversa, poderemos entender o sentido da integralidade.

Concordando com Mattos (2001), ao reconhecer que as necessidades dos que buscam serviços de saúde não se reduzem à perspectiva de abolir o sofrimento gerado por uma doença, ou à perspectiva de evitar tal sofrimento, não pode ser considerado algo tão difícil de se perceber. São cenas cotidianas, rotineiras, que batem às portas dos serviços de saúde. No geral, não trazem nenhuma novidade, são velhos problemas, que recebem quase sempre as mesmas respostas. Entender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca desse sentido de integralidade.

Em relação ao segmento dos conselheiros, o entendimento acerca da integralidade das ações em saúde e as principais questões que vêm dificultando a efetividade desse princípio no processo de organização do SUS, os depoimentos abaixo são bastante ilustrativos:

“Esse princípio é exatamente você buscar assistir o paciente em todo o seu desenho, em todo o seu contexto, ter uma atitude, ter uma intervenção diante daquele paciente dentro do seu todo. É fazer naquele momento que você está assistindo, na sua atenção, você fazer tentar em todos os aspectos, se ele tá precisando é de educação em saúde, você faz, mas se ele tá precisando é de um remédio, ou de um exame, mas olhar não só

aquele ponto dele, mas tudo o que constrói a individualidade. Agora, esse princípio por vários fatores, ainda está em fase de estruturação, ele ainda precisa ser repensado, ser discutido entre os profissionais, ser reforçado entre os gestores.” (3.R.P.S)

“Integralidade é uma ação onde você tenta fazer o possível para a comunidade, atender bem, mas o PSF ainda não tem condições de fazer tudo.” (4.R.P.M)

“Nunca ouvi falar desse termo integralidade das ações, mas acho que integral é juntar tudo, unir tudo. A gente tenta fazer isso mas ainda é muito difícil, não sei quando vamos conseguir fazer isso.” (6.R.P.M)

“Eu entendo por integralidade o melhor jeito que puder pra atender, por exemplo quem tiver no programa, digamos que a que tem um clínico geral, ele pode encaminhar pro oculista, ou indica pra outros médicos, ou seja que possa atender todo tipo de problema, ou seja, procura integrar todo tipo de problema.” (7.R.P.M)

“Eu entendo que é um trabalho integral na comunidade, para prevenir as doenças e a cura é no posto. Eu acho que o que a gente vê como conselheira é que aqui no Guiomar Arruda ele não tem condições físicas de trabalhar com o PSF, porque é uma população grande, tem poucos profissionais, e os que tem não conseguem ter uma integração com a comunidade. Então, eu acho que essa atenção integral ainda não acontece, não existe.” (1.R.U)

Os relatos do referido segmento partem do entendimento de que integralidade significa total, inteiro, global. Fica explícito que a integralidade é o atendimento de todas as necessidades do usuário, nas suas diversas dimensões. Não é aceitável, conforme destaca Mattos (2001), que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população à qual atendem, em que a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho. Essa ampliação significa uma posição de diálogo entre os diferentes sujeitos e as diferentes percepções das necessidades de saúde vivenciadas nas unidades de saúde.

É muito claro nos depoimentos dos conselheiros a indicação de que muitas questões são necessárias à realização de uma perspectiva de integralidade das ações em saúde. Os depoimentos expressam as dificuldades econômicas vividas por essa população e como isso rebate diretamente no trabalho desenvolvido pelo PSF. A ausência de uma política, por exemplo, de combate à fome, de saneamento, de habitação, de geração de emprego e renda, é algo que fragiliza em muito as ações em saúde, haja vista a falta de maiores suportes que possam

contribuir para o processo de melhoria dos indicadores de saúde da população. Somados às dificuldades de ordem econômica e social, os relatos indicam as dificuldades vivenciadas na UBASF, a exemplo da precária estrutura física e de materiais, a demanda maior do que a capacidade operacional da unidade, tudo isso comprometendo o desempenho dos profissionais e a qualidade do atendimento oferecido. Vejamos:

“No acompanhamento ainda não dá pra dar essa assistência total. No PSF ainda falta muita coisa pra dar certo. O que o povo cobra mais é a parte econômica, e aí como é que um médico vai dar conta disso, ele vai é cuidar da doença, de uma ferida, duma pneumonia da criança, de uma infecção, mas a parte econômica mesmo, de um saneamento, de ter um banheiro, das panelas tudo seca, ninguém tem o quer comer, tão passando fome, tudo isso fica difícil para o PSF dar conta. Tem gente que vem pra consulta, mas é só pra dizer o que tá passando dentro de casa. Aí o PSF não tem como resolver. Aqui, no posto elas fazem de tudo, com os diabético, elas procuram orientar bem direitinho, eles tem a medicação, é muito difícil faltar. Tem essa ginástica com os idosos é feita em dois cantos, aqui na praça, a quarta e lá na segunda na Sta. Elisa, incentiva eles a irem pra uma academia fazer hidrogenástica.” (4.R.P.M)

“É muito difícil essa integralidade acontecer quando falta quase tudo numa unidade, como é que os profissionais podem trabalhar?” (9.R.U)

“Não tem nem como, é muita família pra pouca equipe. E necessita de outros órgãos pra ajudar na melhoria de vida das pessoas da comunidade.” (8.R.U)

“Olha o problema é que a demanda é grande, a família vem crescendo, logo quando eu entrei o programa era pra atender 5 mil famílias, e agora não sei quanto atende. Ou seja, aumentou cada vez mais a população, e o quadro de profissional é o mesmo. Então a gente tenta atender, mais não tem condições pra isso.” (7.R.P.M)

Como se vê com base nos relatos dos conselheiros de saúde, há indicações de que desafios precisam ser encarados no sentido da concretização de uma assistência integral na área da saúde. Primeiramente, os limites do setor saúde em relação às questões sociais mais prementes, a exemplo do acesso ao trabalho, à alimentação, à habitação, etc. De fato, o setor saúde não tem como responder a tantas necessidades sociais, a não ser por meio da intersectorialidade cujas tentativas devem ser intensas e amplas. Em segundo lugar, as condições de trabalho dos profissionais não permitem um acompanhamento eficaz aos usuários, devido à enorme e crescente demanda por serviços de saúde, levando a uma assistência ainda focalizada e mais quantitativa que qualitativa. Os relatos abaixo reforçam ainda mais essas questões. Vejamos:

“Não tem nem como, é muita família pra pouca equipe. E necessita de outros órgãos pra ajudar na melhoria de vida das pessoas da comunidade.” (8.R.U)

“Muitas vezes não dar pra ter essa atenção integral, porque o PSF ele acaba ficando limitado em alguns pontos, né, você consegue ir até certo ponto, aí você entra nas questões da intersectorialidade também, que vai complementar a integralidade da ação. Pela complexidade que se tem, ainda se deixa muitas lacunas na integralidade, a gente acaba atendendo aquelas necessidades mais emergenciais, pacientes realmente acamados, as puérperas, nós não conseguimos intervir, fazer trabalho na dinâmica familiar, de fazer trabalhos de prevenção e promoção, exatamente porque a gente não consegue dar conta, alcançar isso. Aqui no Guiomar Arruda a gente tá fazendo um trabalho com os acadêmicos de enfermagem, exatamente trabalhando os dados do SIAB, nós trabalhamos com esses dados, gráficos, e a gente tenta chamar para as reuniões os profissionais para que se possa discutir esses dados. Já é um passo, é de suma importância para que a gente possa nortear o que a gente está fazendo, ter uma noção e uma avaliação do que a gente vai fazer, só assim teremos uma atenção primária efetiva.” (3.R.P.S)

Há ainda relatos dos conselheiros que expressam que pouca coisa mudou com a chegada do PSF. Seja do distanciamento existente entre o médico e o paciente, seja a efetivação de um programa que foi pensado para os pequenos vilarejos e aplicado sem um processo de avaliação mais profundo para as grandes metrópoles.

“Essa integralidade das ações não existe, primeiro porque o trabalho entre o médico e o paciente é muito distante, se você acompanhar o trabalho da equipe que vai até a casa, você vai dizer assim, esse é o tratamento, esse é o médico da família, esse é o Programa Saúde da Família? Então não existe essa integralidade. Eu não vejo diferença entre o que se tinha antes do PSF e o que se tem hoje. Lamentavelmente não teve mudança nenhuma, o que teve foi muito desandamento, porque as pessoas ficam aguardando o médico em casa, só que acaba é ficando mais doente e vem mesmo é para o posto. E outra coisa o PSF foi feito para pequenos vilarejos, municípios com pequenas populações, que aquela equipe pudesse abranger, acontece que Fortaleza hoje, nas periferias onde tem o PSF, nós temos um número de pessoas muito grande, entendeu, o Guiomar Arruda tem quatro equipes, acaba uma atende no mínimo 350 mil famílias, ou seja, cerca de 5 mil pessoas ou 6 mil pessoas, a unidade aqui não tem capacidade de atender. O médico que atende aqui é o mesmo que faz as visitas, como é que ele consegue abranger toda a sua área?” (2.R.U)

Em relação ao entendimento do que seja um atendimento integral, há um relato que traduz uma visão muito restrita das necessidades humanas, além da negação dos direitos fundamentais ao exercício da cidadania. Tal compreensão revela uma perspectiva ainda muito presente de que “as pessoas exigem demais, não se contentam com o que dispõem”. Comenta um profissional:

“A gente não consegue ainda dar essa atenção integral, pode até querer dar, mais quando chega num ponto, aí a pessoa vai querer mais, o ser humano sempre quer mais. Às vezes a gente tenta fazer o impossível mas é muito difícil atender tudo o que as pessoas precisam.” (6.R.P.M)

Comparado ao pensamento de Heller (1982) acerca dos carecimentos e desejos humanos, este relato indica uma concepção muito forte em nossa sociedade, um movimento quase “natural” de que devemos sonhar pouco, desejar pouco e nos conformar com o que está posto. Ela restringe as necessidades vividas por milhares de pessoas que percorrem corredores de unidades de saúde, as quais, por se tratarem de raio de abrangência muito maior do que os limites do corpo biológico, não podem ser secundarizadas até porque muitas dessas necessidades que aparentemente são individuais pertencem a um quadro maior de necessidades coletivas.

E diante de necessidades coletivas, concordamos com Cecílio (2001): “não é possível pensar em integralidade e equidade sem a universalidade de acesso garantida”. Os relatos apresentados pelos três segmentos revelam a dificuldade do acesso ainda como um dos grandes entraves na organização da atenção primária à saúde. As portas do sistema de saúde ainda permanecem fechadas para um contingente de milhões de brasileiros que buscam soluções para as suas necessidades em saúde.

Todos os aspectos relacionados anteriormente têm como pano de fundo uma questão central. A partir da Constituição de 1988, o acesso à saúde é um direito universal, e isso do ponto de vista da legalidade é inquestionável. Porém, no cotidiano, o acesso universal da população aos serviços ofertados pelo sistema de saúde ainda esbarra em muitas dificuldades, e um dos principais aspectos que contribui para isso, ainda é o próprio modelo desenvolvido, seja no plano de gestão e organização da política de saúde, seja nas práticas dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, compartilhamos com a idéia de que o primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde vêm trabalhando. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer, primeiramente, do ponto de vista institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. Em segundo lugar, essas mudanças dependem também das práticas dos profissionais e entre os profissionais,

as quais, historicamente, têm o médico como o sujeito, ator primordial, determinante do processo de desenvolvimento das práticas em saúde, em detrimento de uma prática horinzontalizada (MATTOS, 2001).

Em suma, a garantia do princípio da integralidade implica preparar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. É considerar que indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, múltiplo e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos (CAMPOS, 2003). O grande desafio é tornar a integralidade das ações uma prática cotidiana nos serviços de saúde, e não um princípio impossível de concretização, distante da realidade dos que acessam os serviços de saúde públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar o princípio da integralidade das ações, por meio do PSF em Fortaleza, sob a ótica de profissionais, usuários e conselheiros de saúde, foi um desafio e ao mesmo tempo uma experiência enriquecedora especialmente porque nos propiciou vários olhares acerca do objeto estudado.

Para os segmentos entrevistados, a concepção de saúde aparece de forma diversificada. Os profissionais e conselheiros de saúde dão ênfase ao entendimento de saúde numa perspectiva mais ampla, além da mera ausência de doença. Para a totalidade dos entrevistados, os problemas sociais aparecem como eixo central, catalisador de um processo dinâmico que permeia o processo de saúde-doença. Percebemos, entre esses segmentos, um pensamento convergente de que as doenças de um modo geral nada mais seriam do que conseqüências de uma realidade socioeconômica, política e cultural vivenciada pelas pessoas.

Quanto aos usuários, prevalece a perspectiva de relacionar remédio como elemento fundamental que levaria a um estado saudável ou doentio, ou seja, sua visão é essencialmente centrada na doença, no médico e no medicamento, muito embora a questão do emprego seja vista, de acordo com a percepção dos segmentos anteriores: como questão central e definidora das condições de vida e de saúde da população local. Destacamos o elevado índice de desemprego no bairro e, deste modo, uma experiência cruel como fator empírico que a população coloca no rol dos indicadores da doença.

O entendimento entre os segmentos profissional e conselheiro é o de que a atenção primária é o início do sistema de saúde e que a precariedade de sua organização dificulta o funcionamento dos demais níveis de organização da saúde. Nesses dois segmentos, há uma indicação muito forte de que o aspecto preventivo é a principal atividade que deve ser desenvolvida na atenção primária. Os relatos do segmento usuário apresentam, de modo geral, uma compreensão de que o atendimento na unidade de saúde Guiomar Arruda deveria funcionar de maneira mais rápida, em caráter emergencial, de pronto atendimento. Com isso, fica explícito por parte desse segmento um desconhecimento do real papel do PSF.

De um modo geral, no caso avaliado, o PSF é compreendido como programa cujo objetivo é prestar atenção integral às necessidades em saúde das famílias. Mesmo assim alguns relatos dos profissionais, particularmente nos ACS, expressam a visão de que o objetivo do programa é para atender as populações mais pobres.

Para o segmento dos usuários, os níveis de satisfação e insatisfação em relação ao PSF se revelam claramente. Na verdade, para uma comunidade que tem o seu cotidiano permeado por grandes dificuldades de acesso aos serviços públicos, por mais que sejam como pouco eficientes, o fato de tê-los próximos as suas residências, por si só, já é apontado como algo satisfatório. Porém, esse segmento expressa com bastante contundência sentimentos de indignação quando se refere à falta de médico, remédio, bem como à demanda superior ao número de profissionais e à demora para conseguir consulta. Ao mesmo tempo registra-se um certo conformismo, ou impotência, diante da realidade que se apresenta.

Apesar da indignação demonstrada pelos usuários, os mesmos expressam um posicionamento ainda muito individual, sem nenhuma indicação acerca da necessidade de organização coletiva e, muito menos, de uma compreensão mais ampla dos determinantes que tornam esse serviço de saúde ainda muito precário.

Para o segmento Conselheiro, é bastante explícito que o PSF não vem sendo operacionalizado conforme previsto oficialmente, necessitando passar por um processo de reestruturação. Embora seja este o pensamento, alguns acreditam que após a implantação do PSF no Bairro, os indicadores vêm apresentando resultados positivos, mesmo diante das dificuldades inerentes à sua estruturação e organização no contexto do sistema de saúde.

Há certo consenso entre os segmentos mencionados de que existem mais dificuldades do que avanços na operacionalização do PSF.

Embora não haja uniformidade quanto às dificuldades e avanços, há alguns destaques em relação às principais dificuldades, a exemplo do acesso à unidade de saúde, da rotatividade do profissional médico e das condições de trabalho dos profissionais. Da mesma forma, há certo entendimento de que alguns avanços devem ser considerados, a exemplo da relação mais próxima entre médico

e paciente, além da visita domiciliar e a facilidade quanto ao encaminhamento para outras unidades de saúde.

A compreensão para o segmento profissional em relação ao princípio da integralidade é inserida num contexto maior. Apesar de todas as análises apontarem dificuldades no PSF, percebemos seu entendimento de que a integralidade das ações vem acontecendo, porém de modo muito lento e incipiente. E que sua efetivação diante da complexidade dos processos que a envolve, não dependerá somente do trabalho de um segmento, mas de mudanças quanto à própria concepção de saúde: seja pelo tipo de acompanhamento, pela forma como o profissional trata o paciente, pela qualidade e não a quantidade de atendimentos que são realizados, e pela forma como se estruturam e se organizam os serviços de saúde. Assim sendo, um acompanhamento integral deveria atender o paciente compreendendo-o como um todo, garantindo da medicação à escuta das suas necessidades em saúde. Este deveria ser o horizonte a se perseguir nos serviços de saúde.

Para os usuários, a construção de vínculos entre esse segmento e os profissionais ainda é muito frágil, embora sinalize uma relação mais próxima e respeitosa. Talvez, por isso, esse segmento expresse certa compreensão diante das dificuldades vividas pelos profissionais, especialmente em relação ao atendimento de demandas sempre superiores à capacidade de atendimento.

Porém, para a maioria dos usuários, ainda há muitas dificuldades de relacionamento quando se trata do profissional médico. Vários relatos revelam uma necessidade muito forte que os usuários têm de ser vistos, segundo suas necessidades de saúde. Assim sendo, é possível afirmar que apesar das perspectivas que o PSF apresenta, suas práticas ainda concentram um distanciamento, um relacionamento frio e distante entre usuário e profissional.

O segmento dos conselheiros revela que a integralidade é o atendimento de todas as necessidades do usuário, nas suas diversas dimensões e que a mesma ainda não acontece como deveria, devido aos próprios limites do setor saúde, em relação aos problemas sociais mais prementes na vida das pessoas, a exemplo das dificuldades de acesso ao trabalho, alimentação, habitação, etc. Há uma compreensão nesse sentido de que muitas questões dependem de decisões

políticas mais gerais, situando-se muito além da vontade dos profissionais de determinada unidade de saúde.

Diante dos posicionamentos desses três segmentos, bem como das nossas observações à unidade de saúde Guiomar Arruda, percebemos que o PSF ainda não consegue contribuir de forma efetiva para a reorganização da atenção primária no município de Fortaleza. Na realidade, é uma experiência provocadora no sentido do aprimoramento do modelo da atenção básica, aproximando-a do discurso oficial acerca de construção de um novo modelo assistencial.

Em conformidade com as falas expressas pelos três segmentos, o PSF na UBASF Guiomar Arruda, ainda se caracteriza pela verticalidade e focalização, cujas ações incidem sobre grupos ditos marginalizados, por meio de atenção primária seletiva e, assim também, uma integralidade de ações incipientes. Porém, realçamos elementos indicativos de possibilidades quanto à integralidade por meio de ações específicas, a exemplo do planejamento familiar, pré-natal e puericultura.

Outro elemento importante a considerar é que o PSF, no caso investigado, não vem conseguindo dar cobertura à sua população adscrita. Os relatos dos três segmentos indicam a dificuldade de acesso aos serviços da UBASF como uma constante na vida dessa mesma população focalizada. Há consenso pelos três segmentos que a demanda da população quanto às suas necessidades de saúde é muito maior do que a capacidade de atendimento da referida unidade. Considerando que, de acordo com a proposta do Ministério da Saúde, cada equipe deve ser responsável por 600 a 1.000 famílias, a “equipe vermelha” atende, atualmente, cerca de 1.400 famílias. Apresenta-se, desse modo, uma defasagem no atendimento às famílias nessa área de abrangência.

No cotidiano das unidades de saúde, a distância social e cultural entre os profissionais, especialmente médicos, com os usuários, contraria a lógica do PSF que se propõe a desenvolver ações mais próximas ao indivíduo, da família e da comunidade. Concordamos com Martins (2002), que na rotina assimétrica estabelecida, e diante das rotinas e procedimentos dos profissionais, os usuários encontram-se menos capacitados para fazer valer seus desejos, perdem sua autonomia e têm dificuldade de negociar seu direito à informação e à participação. Os serviços por sua vez são organizados na perspectiva dos profissionais e da instituição, e não com base nas necessidades da população. Desse modo, essa

clientela, em diferentes níveis de exclusão social, é acompanhada de uma vulnerabilidade institucional com relação às legislações, normas, rotinas e práticas de saúde.

A efetivação da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza ainda é um enorme desafio. Partimos inclusive do baixo índice de cobertura que o programa apresenta no município, em torno de 15% da população. O enfrentamento de problemas na operacionalização do PSF em Fortaleza envolve questões múltiplas, decorrentes do sistema de saúde, a exemplo do acesso da população aos diversos serviços, a qualidade técnica, a capacitação de profissionais, incluídas posturas cada vez mais respeitadas frente aos usuários; além da necessidade de superação da perspectiva eminentemente curativa, ainda, fortemente presente nas organizações e práticas profissionais no âmbito do programa. Consideramos que qualquer ação em saúde que tenha como matricialidade a família, não pode prescindir de uma lógica mais ampla e planejada intersetorial e interdisciplinarmente. Esse é ainda um dos maiores desafios para o poder público, os profissionais e a sociedade em geral.

Não obstante a percepção de que na UBASF Guiomar Arruda há focalização e exclusão dos cidadãos aos serviços de saúde, realçamos, por outro lado, a existência de alguns sinais de construção de espaços de responsabilização, acolhimento e vínculo entre os trabalhadores das equipes, os conselheiros locais de Saúde e a população que, cotidianamente, tem naquela unidade a referência de atendimento às suas necessidades de saúde.

Talvez um dos caminhos para a melhoria da qualidade dos serviços e para a efetivação da integralidade fosse a superação meramente normativa e regulatória, com vistas a propiciar espaços de construção de ações mais espontâneas e um ambiente criativo de práticas profissionais e de envolvimento dos usuários, não limitando o PSF a uma prática de atenção primária seletiva. Pensamos que governo municipal, em conjunto com os diversos setores sociais, deve buscar uma ação pública pautada na lógica do interesse coletivo, no pensar e agir de uma nova prática sanitária, e de espaços públicos democráticos na perspectiva de um sistema público de saúde em defesa da vida. Nada do que se discute no âmbito da saúde brasileira continua mais atual do que o desafio que se coloca para a presente e as

futuras gerações: tornar concreto, no cotidiano da vida dos cidadãos, os princípios que motivaram a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.

A efetivação de um sistema de saúde que atenda de fato às necessidades de saúde da população requer intensas transformações sociais, políticas, econômicas e culturais, entendendo-se que a lógica norteadora das ações em saúde, especialmente a partir do início da década de 1990, mediada pela ideologia do neoliberalismo, pode ser cada vez mais terreno fértil a expansão do pensamento utilitarista e mercantil que insistentemente investe contra os serviços de saúde públicos, colocando o lucro como mais importante que o interesse social.

Excusado repetir que a saúde pública não desperta interesses para os grupos capitalistas que, paulatinamente, se interpõem nos serviços médicos. Conforme Martins (2002), num capitalismo médico que impõe um modelo de saber técnico especializado sobre as doenças, segundo dois padrões: uma rígida divisão disciplinar do campo científico e uma compreensão utilitário-econômico do corpo humano, que dispensa as dimensões imagéticas, afetivas, simbólicas e emocionais. Concordamos com o autor acerca do descompasso entre a lógica dos investimentos em tecnologia (que é a dos retornos lucrativos) e a lógica das doenças (que é a dos sofrimentos da população).

Assim sendo, muitos são os enfrentamentos no sentido de afirmação da lógica de atendimento às necessidades em saúde da população, como a abertura para outros saberes e diferentes abordagens em matéria de compreensão do processo saúde-doença e, portanto, da efetividade nessa esfera.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; CHIORO, Artur i ZIONI, Fabíola. **Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS.** São Paulo: Edusp, 2001.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS passo a passo - Normas, Gestão e Financiamento.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

Anjos, S. D. S. dos. **Programa Saúde da Família: (des)caminhos para a construção da saúde.** 2001, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

ARENDT, H. **A condição humana.** Rio de Janeiro; Forense, 1981.

BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre. **Avaliação Participativa de Programas Sociais.** São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CPIHTS, 2000.

BASTOS, Ana Cecília de Sousa. **O Impacto Sócio-cultural do Programa de Saúde da Família: uma proposta de avaliação.** In Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2): 429-423, abr-jun, 1998.

BRAVO, Maria Inês Souza i MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal.** In Política Social e Democracia. São Paulo:Cortez, 2002.

BARROS, Elisabeth. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde.** In Textos Técnicos para conselheiros de saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 1994.

BÓRON, Atilio A. **Os “novos leviatãs” e a pólis democrática: neoliberalismo. Decomposição estatal e a decadência da democracia na América Latina.** In Pós-Neoliberalismo II. Que Estado para que Democracia? Sader & Gentil(orgs.). Editora Vozes, Petrópolis, 1999.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Saúde da Família: construindo um novo Modelo.** Publicação do Ministério da Saúde, Brasília, junho de 1996.

_____. Ministério da Saúde. 1997. **O ano da Saúde no Brasil**. Brasília, 1997a.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, 1997b.

BRASIL. LEI N° 8.080, de 19 setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da saúde, da organização e o funcionamento dos Serviços Correspondentes, e da outras providências**. Coletânea de Leis – Direitos e Garantias: Instrumentos Legais, Conselho Regional de Serviço Social 3ª Região, Fortaleza, Ceará, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989. 134.P.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilhera. **O Desafio da Integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família**. Ciência e Saúde Coletiva, 2003, Vol.8, nº 2. [citado 11 de dezembro de 2003], p. 569-584. Disponível na World Wide Web. <http://www.cielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&prd=514113. ISSN 1413.8127.

CAMARGO JÚNIOR. Kenneth Rochel de. **Um Ensaio sobre a Indefinição de Integralidade**. In Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araújo de.- Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, 2003.

CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde no ensino médico**. In Canesqui, Ana Maria (org.) Ciência Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: HUCITEC – FAPESP, 2000.

CASTRO, Iêda Maria Nobre de. **Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza: saberes em confronto público – desvendando uma dimensão educativa –** Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, agosto de 1999.

CARVALHO, Maria Alice Rezende de. **A Institucionalização das Ciências sociais e o campo da saúde**. In. Canesqui, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde – São Paulo: ABRASCO-HUCITEC, 1987.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. **O “Brasil Real em Questão” – um resgate do olhar crítico de cientistas sociais**. 1999, Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde.** In: Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araujo de. (Orgs.). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMS-UERJ-ABRASCO: Rio de Janeiro, 2001.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas.** São Paulo: Cortez, 1993.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital** – tradução Silvana Finzi Foá – São Paulo: Xamã, 1996.

COHEN, Ernesto; Franco Rolando. **Avaliação de Projetos Sociais.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

CONH, Amélia. **Mudanças econômicas e políticas sociais no Brasil** – In Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. LAURELL, Asa Cristina (org.), 3 ed, São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Saúde No Brasil – Política e Organização de Serviços.** 3ª Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

_____. i NUNES, Edison i JACOBI, Pedro R. i KARSCH, Úrsula S. - **A Saúde como Direito e como Serviço.** São Paulo: Cortez Editora, 1991.

CONTADRIOPOULOS, André Pierre. **A Avaliação na área da Saúde: conceitos e Métodos.** In Saúde - Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Hartz, Zulmira Maria de Araújo (org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CORDEIRO, Hésio. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Auri Editorial, 1991.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

Dias, Miriam Thaís Guterres et al. **Construindo coletivamente indicadores de avaliação de serviços de saúde mental.** Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Brasília: ABEPSS, 2000.

FARIA, Regina M. **Avaliação de Programas Sociais: evoluções e tendências.** Texto do Livro Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate - São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Sociais, 1998.

FÁTIMA SOUZA, Maria de. **O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena?** São Paulo: Hucitec, 2002.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Cheibul. “**Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica**”. São Paulo: Instituto de Estudos Econômicos e Políticas de São Paulo – Idesp, n.15, 1986.

FLEURY, Sônia. **Estado sem Cidadãos – Seguridade Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FONTENELE, Adriana Queiroz. **Programa de Saúde da Família: um espaço a ser conquistado pelo Serviço Social. Uma análise a partir das demandas do contexto familiar**. 1998.2, Monografia (Graduação em Serviço Social), (Universidade Estadual do Ceará), Fortaleza-CE.

FORTALEZA - Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Boletim de Saúde de Fortaleza: PSF**. No. 3, Fortaleza-CE, 2000.

_____. **Plano Municipal de Saúde**. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Fortaleza, 1998.

_____. **Programa Saúde da Família. Projeto de Implantação**, Fortaleza-CE, 1997.

_____. **Projeto Municipal de Expansão do Saúde da Família**, Fortaleza-CE, 2003.

FORTALEZA – Conselho Regional de Serviço Social/Conselho Federal de Serviço Social/Universidade Estadual do Ceará – **Pesquisa: O perfil dos assistentes sociais frente às exigências do mercado de trabalho nos anos 90: uma análise da realidade cearense**. Fortaleza, 1999.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. **Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental** – Texto para discussão No. 76, IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, jan./2001.

GIOVANELLA, Lígia et all. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, p.37-61, jan/abr. 2002.

GUEDES, Ana Emília. **Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares.** In PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde (orgs.). Rio de Janeiro:UERJ, IMS:ABRASCO, 2001.180P.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna** - 6 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

HELLER, Agner. Para Mudar a Vida: felicidade, liberdade e democracia. São Paulo: Brasiliense, 1982.

IAMAMOTO, Marilda. **O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social.** Módulo 1 da Capacitação à Distância em Serviço Social e Política Social, CFESS-ABEPSS/ CEAD/UNB, 2000.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Descentralização e inter-setorialidade na Gestão Pública Municipal.** (mimeo.) out/1997.

KRUG, Jorge Gilberto. **Avaliação de Programas Sociais.** Texto do Livro Capacitação Profissional em Serviço Social, Porto Alegre, CRESS 10ª Região, maio de 1999.

KRUGER, Tânia Regina. **O impacto das Deliberações das conferências e do Conselho de Saúde nas Políticas de Saúde.** Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Brasília: ABEPSS, 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa em Saúde.** Santa Maria, Rio Grande do Sul: Pallotti, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Política de Saúde nos anos 90: as relações governamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** In Ciência e Saúde Coletiva, vol.6, nº2, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

LUZ, Madel Therezinha. **As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na Década de 80.** In: Tavares, Ricardo W. (org.). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Reluma Dumará, 1994.

MACEDO, M. de A. E Lakatos, E. M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Editora Atlas, 1982.

MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um desafio instigante.** São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATOS, Kelma Socorro Lopes de. & VASCONCELOS, José Gerardo (orgs.). **Registros de Pesquisas na Educação**. Fortaleza: LCR – UFC, 2002.

_____. **Nas Trilhas da Experiência – A memória, a Crise e o Saber do Movimento Popular**. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1998.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, Roseni & Mattos, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a Desumanização da Medicina – Crítica sociológica das práticas médicas modernas**. São Paulo, Editora Vozes, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC/ABRASCO, SP/RJ, 1995.

_____. **Uma Agenda Para a Saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. São Paulo: Mimeo, 2001.

MINAYO. Cecília de Sousa. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 3.ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1994.

_____. (Org.). **Pesquisa Social - Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____.(Org). **Pesquisa Social**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

NETO, Manoel Dias da Fônsaca i VILAR, Maria Célia Pinheiro de Melo (Orgs.). SESA (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará), Fortaleza, 2000.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Higiomania – a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea**. In VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). **A Saúde nas palavras e nos gestos - Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Assimetrias e tendências da Seguridade Social brasileira**. Revista Serviço Social e Sociedade n.61, Ed. Cortez, São Paulo, 1999.

NORONHA, José Carlos de. i SOARES, Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 6 Número 2, Rio de Janeiro, ABRASCO:2001.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor - a economia política da hegemonia imperfeita**. Petropolis: Vozes, 1988.

_____. **O Culto a Molosch: Bresser Pereira e a Reforma Gerencial**. In **Política Social e Democracia**. Pereira, Potyara A. P. (org.). Política Social e Democracia, 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, Rio de Janeiro:UERJ, 202.

OLIVA-AUGUSTO, Maria Helena i COSTA, Olavo Viana. **Entre o público e o privado - a saúde hoje no Brasil**. Tempo Social; Ver. Social. USP, 11(2): 199-217, São Paulo, 2000.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. **Discurso e Leitura**. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora/Editora da Unicamp, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados primários de saúde. Declaração Alma-Ata. 1978**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 1978.

PAIVA, Beatriz Augusto. **Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão**. Módulo 4, Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais; CFESS-ABEPSS CEAD/UNB, Brasília, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **Descentralização das ações e Serviços de Saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para todos"**. Rio de Janeiro:IMS, Revista Cadernos de Saúde, n.175, Rio de Janeiro, 1999.

_____. & Almeida Filho, Naomar. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2000.

_____. **Reforma Sanitária e Modelos Assistenciais**. IN: Rouquayrol, M.Z- Epidemiologia e Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

PEREIRA, Potyara A. P. **Estado, Regulação Social e Controle Democrática**. 2. ed. Cortez Editora, Rio de Janeiro, 2002.

- PEDROSA, José Ivo dos Santos. **Avaliação das Práticas Educativas**. In Vasconcelos, Eymar Mourão (org.). *A Saúde nas palavras e nos gestos – Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- RAUPP, Bárbara et al. **A Vigilância, o Planejamento e a Educação em Saúde no SSC; uma aproximação possível?** In: Vasconcelos, Eymar Mourão (Org.). *A Saúde nas palavras e nos gestos - Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- RICHARDSON, Roberto Jerry. *Pesquisa Social – Métodos e Técnicas*. São Paulo, 1942.
- ROUQUARYOL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde** – 3. ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1998.
- ROCHE, Chris. **Avaliação de Impacto dos Trabalhos de ONG's - Aprendendo a valorizar as mudanças**. (Edição adaptada para o Brasil ABONG; Tradução: Tisel Tradução e Interpretação Simultânea Escrita). – São Paulo: Cortez; ABONG; Oxford, Inglaterra: Oxfam, 2000.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela Mão de Alice – O social e o político na pós-modernidade**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- SANTOS. M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo, HUCITEC, P.18, 1991.
- SÁ FILHA, Zenaide de Sousa. **Programa de Saúde da Família: Como Ele É Idealizado e Como de Fato Funciona**. 2000, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará.
- SILVA JR. Aluísio Gomes et All. **Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde**. In Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araújo de. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.
- SIMMIONATO, Ivete. **Caminhos e descaminhos da Política de Saúde no Brasil**. In *Revista Inscrita, Conselho Federal de Serviço Social, Brasília*, 1999.
- SOUZA, Heloiza Machado de. **Entrevista na Revista Brasileira de Enfermagem** –. V.53, Brasília, 2000.

_____. **Análise das Práticas Assistenciais na Área de Saúde da Mulher nas Equipes do Programa de Saúde da Família: um estudo de caso em estado Selecionado.** In: Pieratoi, Célia Regina & Viana, Cid Manso de M. (Orgs.) *Gestão de Sistemas de Saúde.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2003.

SILVA, Silvio Fernandes. **Municipalização da Saúde e poder local – sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, F.S.; SUGMYANA, L.C.; TOMAZI, Z.T.Y. **Programa Saúde Família: o médico da família.** In SILVA. *A construção do SUS a partir do município: uma etapa para municipalização plena da saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1997. (Saúde em Debate, 101).

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária – Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia.** Unesco/Ministério da Saúde/. Apoio:DFID, 2003, Brasília.

TEIXEIRA, J. S. **O neoliberalismo em debate.** In: TEIXEIRA, J. S (Org.)- *Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva. As novas determinações do mundo do trabalho.* 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, Universidade Estadual do Ceará, 1998.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O Acolhimento de um Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações.** In PINHEIRO, Roseni & Mattos, Ruben Araújo de.- *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro, 2003.

TRIVINÕS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Editora Atlas – AS, 1987.

YASBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos do Serviço Social na Contemporaneidade.** Módulo 4, Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais; CFESS-ABEPSS-CEAD/NED- Unb; Brasília, 2000.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: UVA, 2001.

_____. **Participação Popular e Educação nos Primórdios da Saúde Pública Brasileira.** In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). *A Saúde nas palavras e nos gestos - Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde.* São Paulo: HUCITEC, 2001.

VALLA, Victor Vicente. **Globalização e Saúde no Brasil – a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa.** In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). *A Saúde nas palavras e nos gestos - Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde.* São Paulo: HUCITEC, 2001.

VIANA, Ana Luiza D'vila i DAL POZ, Mario Roberto. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** In *Reforma, Tecnologia e Recursos Humanos - Revista PHYSIS*, v. 8 n. 2, Rio de Janeiro, 1998.

VICTORIA, Ceres Gomes (org.). **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre, 2000 – 136p.

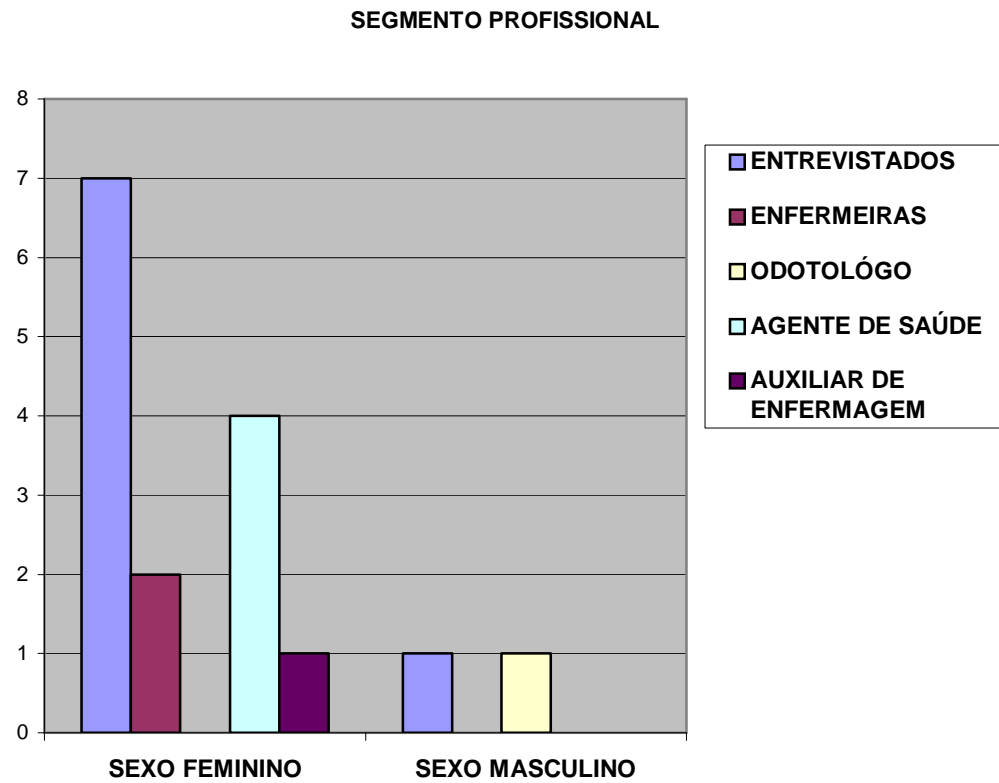
VILASBOAS, Ana Luiza. **Vigilância à Saúde e Distritalização: a experiência de Pau da Lima.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.

WESTPHAL, Márcia Faria de. & Almeida, Eurivaldo Sampaio de. **Gestão de Serviços de Saúde.** São Paulo: Edusp, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE I

Segmento Profissional de Saúde. Fortaleza-CE, março-maio de 2004.



APÊNDICE II

Segmento Usuário. Fortaleza-CE, março-maio de 2004.

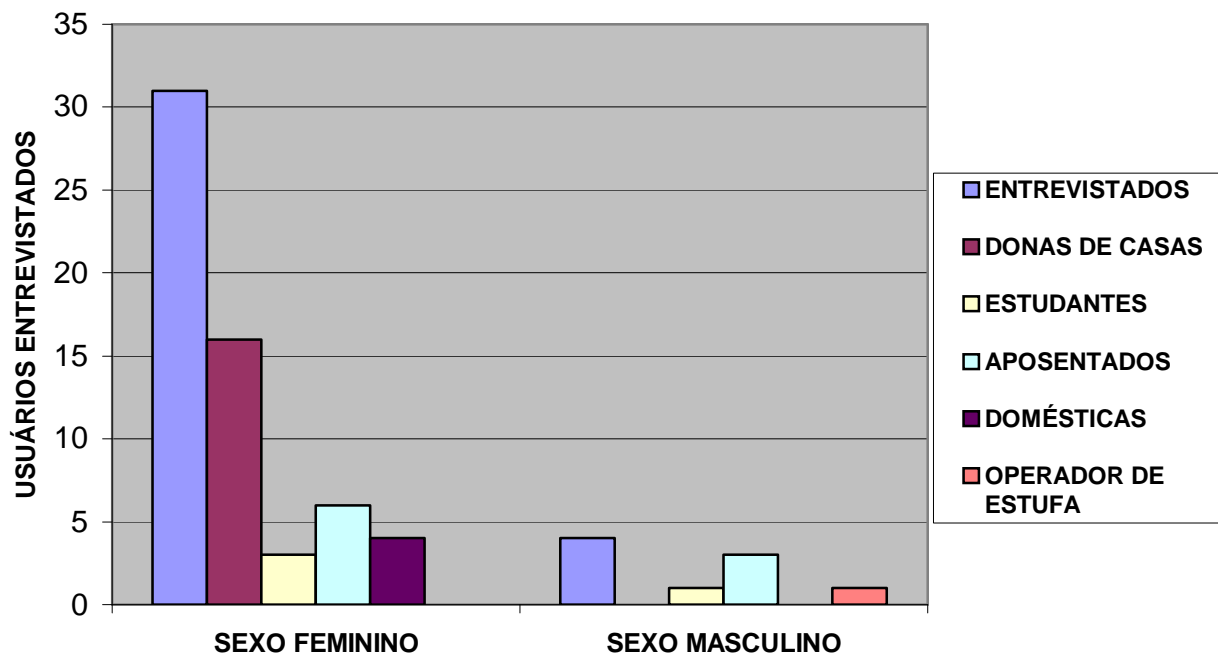
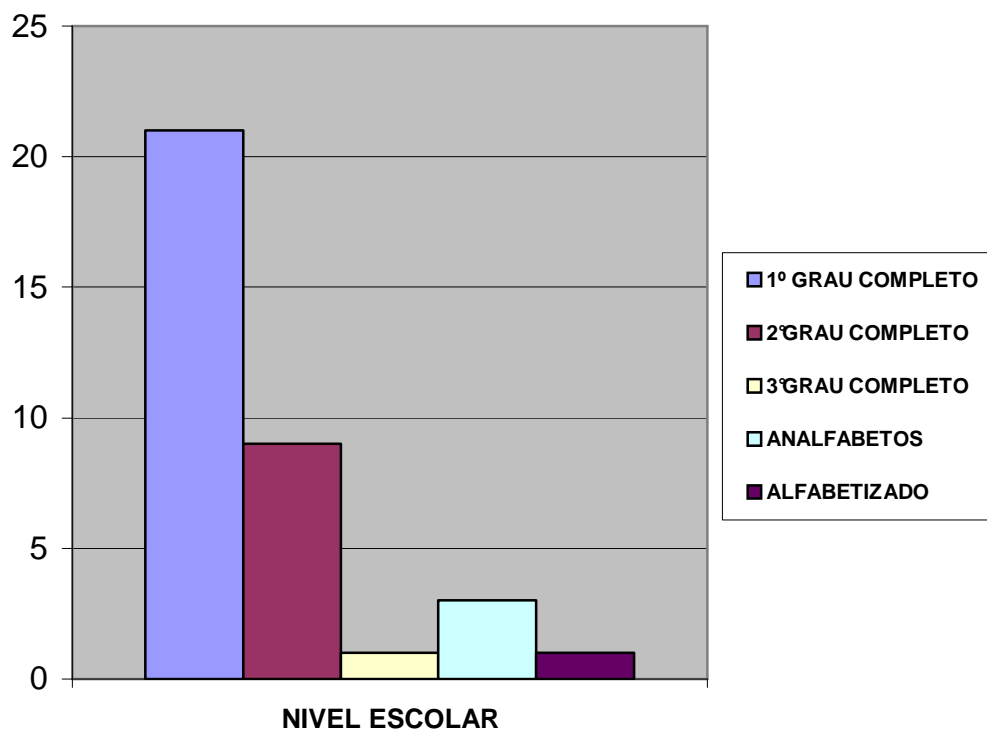
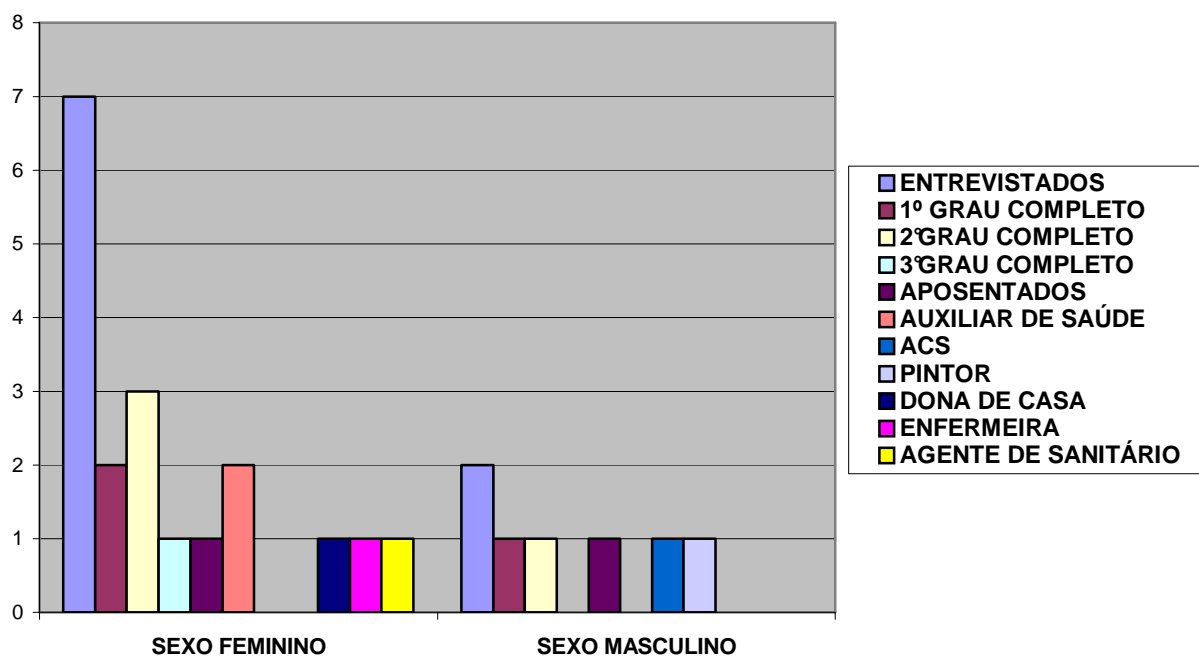


GRÁFICO B - ESCOLARIDADE



APÊNDICE III

Segmento Conselheiros do Conselho Local de Saúde. Fortaleza-CE, março-
maio de 2004.



APÊNDICE IV

GRÁFICOS DO SEGMENTO USUÁRIO

Gráfico A - Onde ouviu falar do PSF

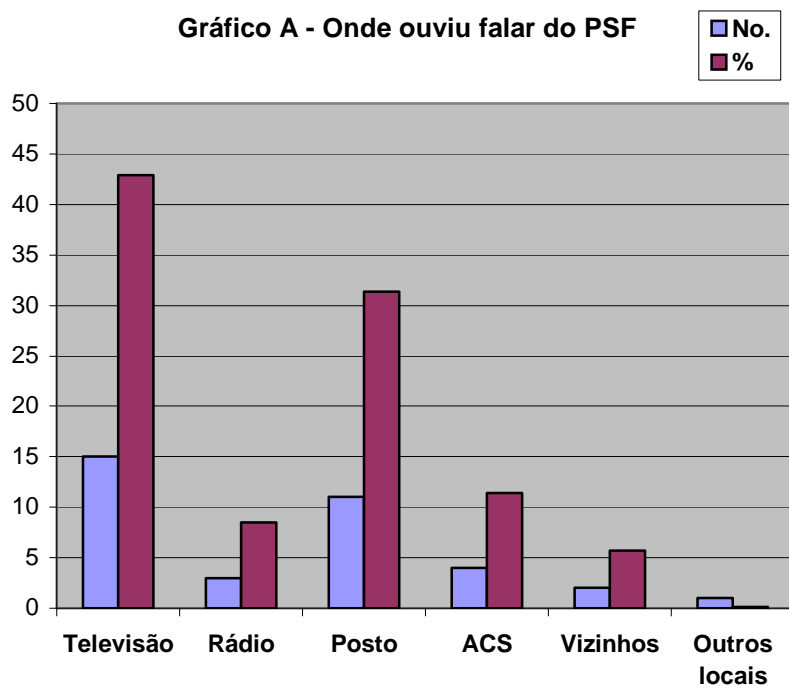


Gráfico B - Já foi atendido pelos profissionais do PSF

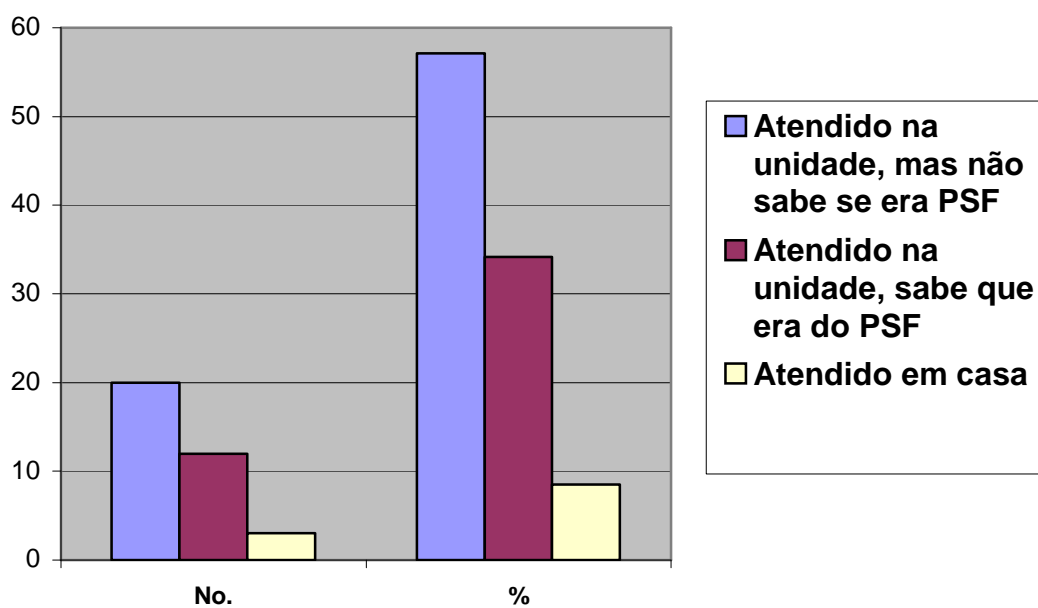


Gráfico C - Já ouviu falar do PSF

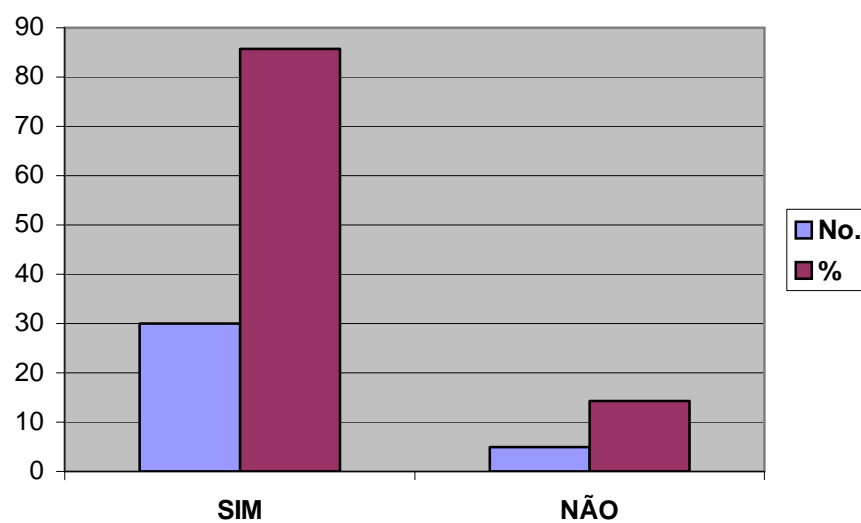


Gráfico D - Dificuldades para ser encaminhado para unidades especializadas

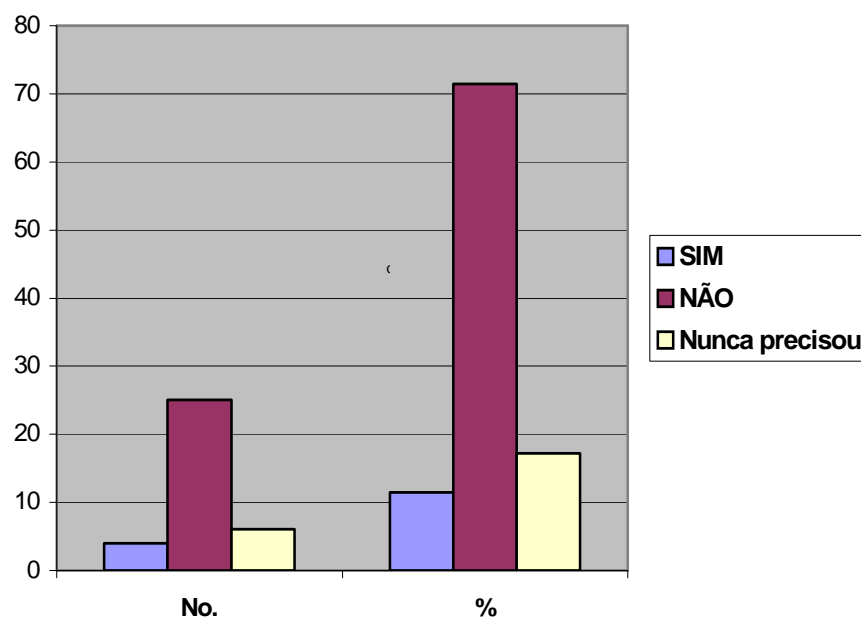


Gráfico E - Já foi atendido em casa

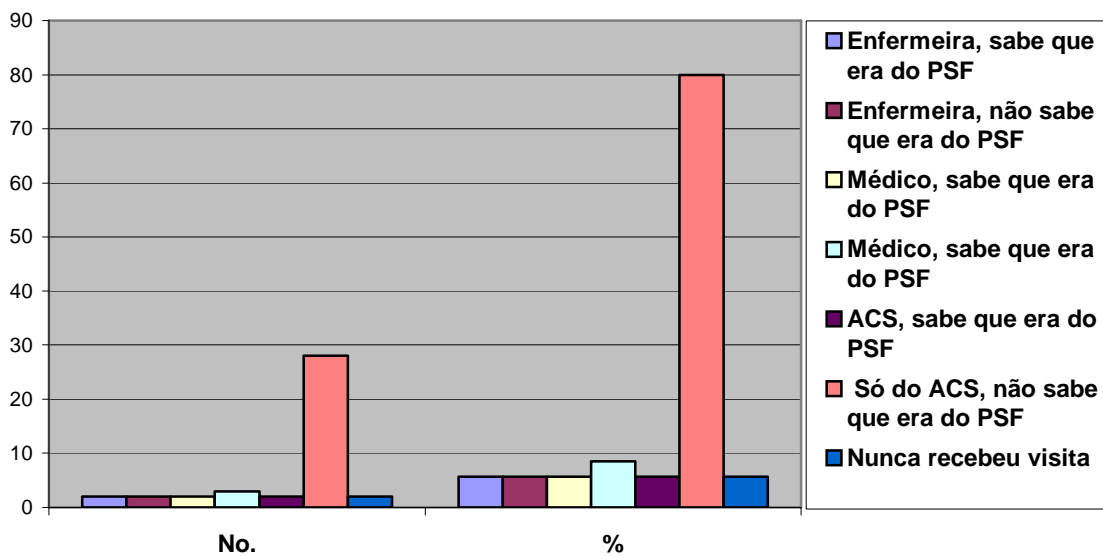
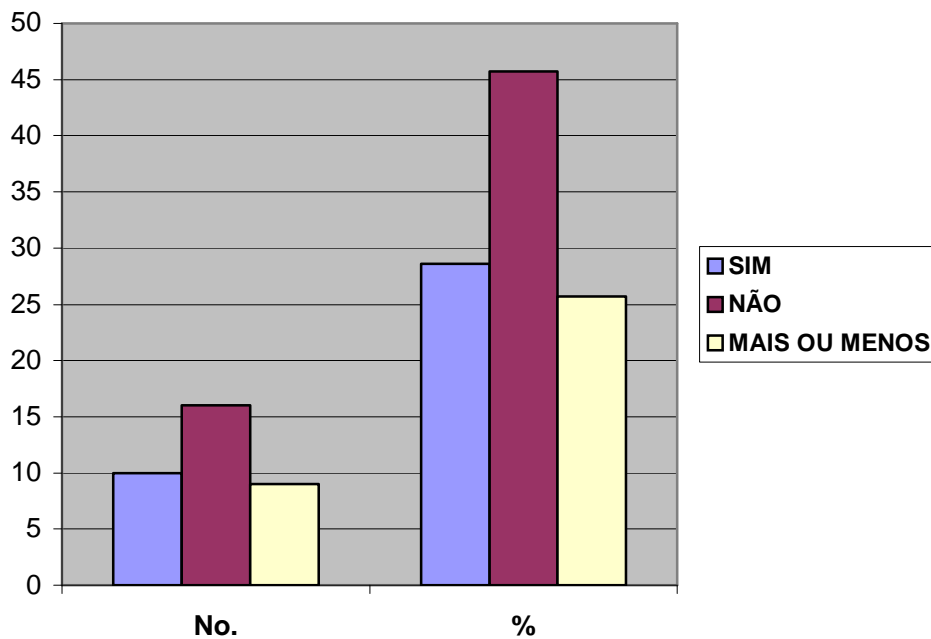


Gráfico F - Você e sua família se sentem satisfeitos com o atendimento realizado na UBASF?



APÊNDICE V
ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS JUNTO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data:

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade;

Ocupação:

Tempo de atuação na equipe:

Pós-Graduação:

Tempo de duração da entrevista:

II. QUESTÕES NORTEADORAS

1. Compreensão sobre o processo saúde-doença:

2. Quais os principais aspectos que você indicaria na vida dessas famílias que podem contribuir no processo de saúde-doença:

3. Compreensão sobre a atenção primária e o PSF:

4. Um dos princípios do Programa Saúde da Família é a integralidade das ações em saúde. No cotidiano de sua intervenção profissional como você analisa esse princípio do ponto de vista de sua efetividade:

5. No acompanhamento à família e à comunidade as ações que vêm sendo realizadas asseguram uma atenção integral:

6. Os indicadores da atenção primária vêm sendo utilizados para a construção de estratégias de combate às doenças. De que forma?

7. Dificuldades/limites/facilidades/avanços para a efetividade da integralidade das ações na atenção primária, através do PSF.

APÊNDICE VI

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS JUNTO AOS CONSELHEIROS LOCAIS

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data:

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade;

Ocupação:

Tempo de atuação no Conselho Local:

Tempo de duração da entrevista:

II. QUESTÕES NORTEADORAS

1. Compreensão sobre o processo saúde-doença:
2. Quais os principais aspectos que você indicaria na vida dessas famílias que podem contribuir no processo de saúde-doença:
3. Compreensão sobre a atenção primária e o PSF:
4. Um dos princípios do Programa Saúde da Família é a integralidade das ações em saúde. No cotidiano das ações do PSF como você analisa esse princípio do ponto de vista de sua efetividade:
5. No acompanhamento à família e à comunidade as ações que vêm sendo realizadas asseguram uma atenção integral:
6. Dificuldades/limites/facilidades/avanços para a efetividade da integralidade das ações na atenção primária, através do PSF.

APÊNDICE VII**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS JUNTO AOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO PSF****I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:**

Data:

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Ocupação:

Há quanto tempo mora no bairro:

Quantas pessoas moram na casa:

Qual é a renda familiar mensal:

Participa de alguma entidade e/ou atividade comunitária? Outro membro da família participa?

Tempo de duração da entrevista:

II. QUESTÕES NORTEADORAS

1. Você já ouviu falar do Programa Saúde da Família? De que forma?
2. Já foi atendido pelos profissionais de saúde do PSF. Onde? Quais?
3. As visitas acontecem de quanto em quanto tempo? Há quanto tempo aconteceu a última visita da equipe do PSF?
4. Quanto tempo você tem que esperar para marcar consulta com a equipe do PSF?
5. A equipe conhece quais são os problemas mais importantes para você e sua família?
6. Quando você ou alguém da sua família é encaminhado para alguma especialidade médica, que dificuldades/facilidades você encontra para o atendimento?
7. Que ações são realizadas pela equipe do PSF que você considera importantes para promoção à saúde?
8. Qual a importância do PSF para você e a sua família?
9. Quais as dificuldades que você e sua família sentem para serem atendidos pela equipe do PSF?
10. Como se dá o relacionamento entre a equipe do PSF e a sua família?
11. Você e sua família se sentem satisfeitos com o atendimento realizado pelas equipes do PSF?

APÊNDICE VIII
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Data:

Horário:

ROTEIRO:

1. Recepção dos usuários;
2. Movimentação na unidade;
3. Atividades da equipe;
4. Atividades desenvolvidas junto aos indivíduos, famílias e comunidade;
5. Relacionamento entre: membros da equipe, equipe – indivíduo, equipe – comunidade, equipe – família; equipe – conselho Local de Saúde - comunidade.

APÊNDICE IX

TERMO DE CONSENTIMENTO

Aceito participar da Pesquisa Programa Saúde da Família: Avaliando a Efetividade da Integralidade das Ações na Atenção Primária, da Pesquisadora Maria Derleide Andrade, aluna do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Fui informado(a) que a pesquisa pretende Avaliar o PSF sob a ótica dos profissionais, usuários e conselheiros do Conselho Local de Saúde, destacando a efetividade da integralidade das ações desenvolvidas em saúde; avaliar a concepção do processo saúde/doença dos sujeitos envolvidos na pesquisa e, avaliar se e como os indicadores do nível da atenção primária, através do PSF, são utilizados para a construção de estratégias de combate às doenças indicadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Como participante, na condição de profissional de saúde, serei entrevistado(a) com o auxílio do gravador no tempo máximo de 60 minutos, marcado com antecedência. Também terei minha prática na unidade de saúde e junto a comunidade, observada com registro no caderno de campo do pesquisador. Sei que tenho liberdade de recusar a participar da pesquisa ou deixá-la a qualquer momento sem que isso traga prejuízos para minha vida pessoal e profissional.

Fui também esclarecido(a) que meu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e as informações que darei serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa.

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE X

TERMO DE CONSENTIMENTO

Aceito participar da Pesquisa Programa Saúde da Família: Avaliando a Efetividade da Integralidade das Ações na Atenção Primária, da Pesquisadora Maria Derleide Andrade, aluna do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Fui informado(a) que a pesquisa pretende Avaliar o PSF sob a ótica dos profissionais, usuários e conselheiros do Conselho Local de Saúde, destacando a efetividade da integralidade das ações desenvolvidas em saúde; avaliar a concepção do processo saúde/doença dos sujeitos envolvidos na pesquisa e, avaliar se e como os indicadores do nível da atenção primária, através do PSF, são utilizados para a construção de estratégias de combate às doenças indicadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Como participante, na condição de usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), serei entrevistado(a) com o auxílio do gravador no tempo máximo de 60 minutos. Fui também esclarecido(a) que meu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e as informações que darei serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa.

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE XI**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Aceito participar da Pesquisa Programa Saúde da Família: Avaliando a Efetividade da Integralidade das Ações na Atenção Primária, da Pesquisadora Maria Derleide Andrade, aluna do Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Fui informado(a) que a pesquisa pretende Avaliar o PSF sob a ótica dos profissionais, usuários e conselheiros do Conselho Local de Saúde, destacando a efetividade da integralidade das ações desenvolvidas em saúde; avaliar a concepção do processo saúde/doença dos sujeitos envolvidos na pesquisa e, avaliar se e como os indicadores do nível da atenção primária, através do PSF, são utilizados para a construção de estratégias de combate às doenças indicadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Como participante, na condição de Conselheiro Local de Saúde (SUS), serei entrevistado(a) com o auxílio do gravador no tempo máximo de 60 minutos. Fui também esclarecido(a) que meu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e as informações que darei serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa.

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Assinatura da Pesquisadora

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)