

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

GEORDANY ROSE DE OLIVEIRA VIANA ESMERALDO

**A ORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA-CE:
DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO AO CONTEXTO ATUAL**

FORTALEZA

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

GEORDANY ROSE DE OLIVEIRA VIANA ESMERALDO

**A ORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA-CE:
DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO AO CONTEXTO ATUAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Área de Concentração Políticas e Serviços de Saúde. Universidade Estadual do Ceará – UECE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira

Linha de Pesquisa: Políticas e Gestão em Saúde

FORTALEZA

2009

Um toque na alma

“A porta da frente se abre, do quintal entram raios de sol que iluminam o ambiente e aos poucos me permitem contemplá-lo. Por uns instantes, meio perplexa, paro, vejo o chão de terra batida, paredes de tijolo sem reboco, um fogão, tamboretas e uma cadeira de balanço... fui adentrando e logo percebi uma cortina de pano, era tudo o que me separava do paciente << Sr. João>>, 98 anos de puro saber. Atrás da cortina, escuridão... um pequeno cômodo, uma cama, um tapete ao pé desta feito de papelão e algumas roupas guardadas numa caixa. Mais do que as acomodações, me chamou a atenção aquele senhor: moreno, cabelos brancos, sorriso largo, olhar franco, que quando me viu foi dizendo: <<Dona, eu não tenho como pagar a senhora>>. Sorri, apresentei-me e respondi que ele não precisa pagar. Segui categoricamente com o meu interrogatório clínico, que aprendi nos bancos das universidades e na residência médica, realizei o exame físico, sem dar muita chance ao Sr. João de me interromper, pois precisava fechar um diagnóstico! Afinal foi pra isto que me formei! Sr. João me fala: “Dona, eu sou muito paciente, a vida me ensinou que a paciência é o fogo que alimenta a nossa resistência e é por isso que a senhora está aqui, porque tive que esperar 98 anos para um doutor vir na minha casa me vê”. Sem graça, olhei para o Sr. João, agradei e sorri; ele naquele momento ensinou-me mais do que todos os livros e tempo de academia, mostrou-me que talvez um médico precise ser paciente, quem sabe 98 anos (!), para aí sim aprender, com seu paciente, aquilo que os bancos e livros não são capazes de ensinar. Sr. João perguntou-me: Dona, posso beijar sua mão? Naquele momento ele beijava a minha alma...”

Luciana Maria Barbosa Carneiro¹

¹ Médica do PSF na cidade paraibana de Monteiro. Este texto em forma de conto ganhou o primeiro lugar no concurso de contos que integrou a 2ª. Mostra Paraibana de Produção em Saúde da Família, em abril de 2002.

DEDICATÓRIA

*Ao meu companheiro, amigo e eterno namorado, **Carlos Eduardo Esmeraldo Filho**, pelo amor, paciência e atenção em todos os momentos desta pesquisa. Por estar sempre presente nas horas certas e incertas. Pela compreensão nos momentos de ausência e reflexões destinados a esse estudo. Pelas contribuições, experiências trocadas e idéias compartilhadas. Pela força e palavras de encorajamento nos momentos de fraqueza, sem os quais não seria possível prosseguir.*

*Á minha filha **Vitória**, por ter brotado num momento tão difícil e ao mesmo tempo tão prazeroso da minha vida e pela fortaleza que me proporcionou, ainda no meu ventre, de concluir essa pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai Eterno, por me dar sabedoria, coragem e iluminação em toda a trajetória desta dissertação.

Aos meus pais Azarias e Vera, pelo amor e pela simplicidade com que me ensinaram a persistir na busca dos meus ideais e a transformar meus sonhos em realidade.

Aos irmãos, Júnior, Karine e Amsterdam, pelo incentivo permanente em todos os meus projetos de vida e por tantas vezes compreender as minhas ausências.

À Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira, minha orientadora, pela competência, pela dedicação e segurança, pelo aprendizado mútuo e principalmente pela acolhida de minhas muitas angústias. Sua escuta e disponibilidade foram incentivos para esta caminhada.

Aos colegas do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Érica, Elizabeth, Mariana, Poliana, Bruno, Paulo, Djanira, Renata, Osmar, Kátia, Emília, Mariza, Fátima, Regina, Bernadete, pela convivência prazerosa e solidária, pelos caminhos trilhados, por muitas vezes compartilhando idéias e sentimentos necessários para a concretização desta pesquisa.

Aos professores e funcionários do CMASP, pelo profissionalismo e colaboração efetiva no percurso desta caminhada.

Aos companheiros, amigos e entusiastas do PSF do Centro de Saúde da Família Benedito Arthur de Carvalho (CSF-BAC), Keylla, Michell, Lilianne, Pedro, Alípio, Cinthia, Anya, Tarsyla, Ytanna, com quem por tantas vezes questionei sobre os modelos de atenção e o processo de trabalho do PSF e sonhei com dias melhores.

A coordenadora do CSF BAC, Haydee e Mônica, pela compreensão das minhas muitas ausências ao longo desta caminhada.

A Coordenação do curso de enfermagem da Unifor (Profa. Miriam Pardo) e as Profas. Márcia Ataíde, Aline Feitosa e Geisy, pelo carinho e apoio incondicional nos momentos de angústia.

Aos trabalhadores de saúde do PSF e Coordenadores dos CSF, pelo interesse em participar da pesquisa. Em especial, aqueles que se mostraram sujeitos ativos, movidos pelo desejo de mudança e embuídos do interesse em construir a estratégia de saúde da família em Fortaleza.

RESUMO

A consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos grandes centros urbanos constitui hoje um grande desafio. Objetivamos, com esta pesquisa, analisar a organização do processo de implantação da ESF no município de Fortaleza-CE, desde a sua implantação até o contexto atual. Trata-se de um estudo analítico e crítico de abordagem qualitativa. Foram selecionados 12 sujeitos para o estudo, sendo 06 trabalhadores de saúde da ESF e 06 coordenadores dos Centros de Saúde da Família (CSF). Utilizamos duas principais ferramentas para o processo de investigação: entrevista e análise documental. A análise dos dados foi realizada através de uma aproximação com a Análise de Conteúdo, numa perspectiva crítica e reflexiva, conforme a proposta operativa de Minayo (2007). Os resultados revelaram a coexistência do modelo tradicional e da ESF, convivendo no mesmo espaço físico. Como consequência, foram identificados alguns conflitos importantes, que dificultaram o processo de trabalho das equipes. Percebemos que não houve uma preparação efetiva por parte da rede em sensibilizar os antigos funcionários. Constatamos ainda que as práticas e o modelo de atenção ainda não são substitutivos, embora haja um esforço nesse sentido. As ações ainda estão pautadas nas práticas tradicionais, na medicina curativa e no atendimento da demanda espontânea. O princípio da territorialização e adscrição da clientela não são efetivamente praticados devido à grande demanda da área de abrangência das unidades e um número desproporcional de equipes, além de se encontrarem incompletas. A infra-estrutura de algumas unidades foi considerada precária, comprometendo as ações que precisam ser desenvolvidas pelas equipes. Percebemos, ainda, dificuldades por parte dos trabalhadores de saúde em realizar ações de promoção e prevenção, pois a cultura das unidades ainda está muito voltada para o pronto-atendimento. Apesar dos obstáculos, a maioria dos entrevistados demonstrou sentimentos de esperança, otimismo e confiança, expressados através de expectativas positivas de um efetivo funcionamento na prática do programa. O estudo mostrou ainda que a ESF enquanto modelo de atenção foi melhor compreendida pelos trabalhadores de saúde que atuam na estratégia, enquanto a maioria dos coordenadores mostraram-se presos aos conceitos do modelo tradicional e às práticas eminentemente assistencialistas. A partir desses resultados, esperamos que este estudo possa subsidiar novas formas de gestão e de intervenção em saúde de forma a potencializar a efetivação da ESF no município de Fortaleza-CE. Acreditamos, também, que essa pesquisa traz uma importante contribuição a respeito das dificuldades e possibilidades no que se refere à implementação e consolidação da ESF em grandes metrópoles brasileiras. Por fim, desejamos que essas reflexões conduzam a novos caminhos, novas práxis e principalmente, novos sujeitos, capazes de transformar a si mesmos e a realidade em que estão inseridos.

Descritores: Programa Saúde da Família (PSF), Atenção Primária, saúde nas grandes cidades, práticas e modelos de atenção á saúde.

ABSTRACT

The consolidation of the Family Health Strategy (FHS) in major cities is now a great challenge. The aim of this research was to analyze the organization of the implementation of FHS in Fortaleza City, located in the state of Ceará, since its implementation to the current context. This is a critical and analytical study of qualitative approach. We selected 12 subjects for the study, and 06 health workers from the FHS and 06 coordinators of the Family Health Centers (FHC). We use two main tools for the research process: interview and documentary analysis. Data analysis was performed by an approximating of the Analysis of Content, in a critical and reflexive view, as proposed by Minayo(2007). The results revealed the coexistence of the traditional model and the FHS, existing in the same physical space. As a result, we identified some major conflicts that hindered the process of working teams. We noticed that there wasn't an effective preparation for the network to raise awareness among older workers. We have also discuss that the practices and model of care are not substituting the older model, although there is an effort in that direction. The actions are still based on traditional practices of medicine and curative care in the spontaneous demand. The principle of territorial and adscrição of clients are not effectively practiced because of the great demand in the area of units and a disproportionate number of teams. Many of this teams are also incomplete. The infrastructure of some units was considered poor, committing the actions that need to be developed by the teams. We also have noticed some difficulties of health workers to conduct health promotion and prevention, because the work culture in the units is still very dedicated to emergency care. Despite the obstacles, the majority of respondents showed feelings of hope, optimism and confidence, expressed by positive expectations of an effective operation in practice of the program. The study also showed that while the FHS model of care was better understood by health workers who work in the strategy, while the coordinators were still working based on the traditional model and eminently assistance care. From these results, we expect this study to support new forms of management and intervention in health in order to maximize the effectiveness of FHS in the city of Fortaleza-CE. We also believe that this search brings an important contribution about the challenges and opportunities regarding the implementation and consolidation of FHS in large brazilian cities. Finally, we wish that these reflections lead to new paths, new practice and, especially, new subjects, able to transform themselves and the reality in which they are inserted.

Keywords: Family Health Program, primary care, health in cities, practices and models of health care.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DAS SIGLAS	10
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE QUADROS.....	14
1. DESCRIÇÃO PROBLEMATIZADA DO OBJETO.....	15
1.1. O despertar pelo estudo	16
1.2. Contextualização do problema: o objeto de estudo.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1. Saúde da família: uma estratégia de Atenção Primária em Saúde e de mudança do modelo assistencial	25
2.1.1. A construção histórica dos modelos assistenciais em saúde: dilemas e desafios ..	25
2.1. 2. Aspectos históricos e conceituais da Atenção Primária em Saúde	35
2.1.3. Saúde da Família: uma estratégia de mudança do modelo assistencial que se consolida.....	47
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	58
3.1. Tipo de Pesquisa	59
3.2. Contexto da pesquisa.....	60
3.3. Sujeitos da Pesquisa	67
3.4. Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	70
3.5. Técnicas de coleta de dados.....	70
3.6. O caminho percorrido para analisar os dados.....	74
4. RESULTADOS DA PESQUISA: CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	80
4.1. CATEGORIA I - O processo de organização da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza: em busca da construção de um modelo de atenção à saúde.....	81
4.1.1. Resgatando a história do PSF em Fortaleza.....	81
4.1.2. O processo de expansão do PSF em Fortaleza: a chegada das equipes.....	88
4.1.3. O PSF de Fortaleza e os princípios organizativos preconizados pelo Ministério da Saúde	100
4.1.4. Entre sonhos e angústias: facilidades e dificuldades enfrentadas no PSF de Fortaleza	123

4.2. CATEGORIA II - A Estratégia Saúde da Família em Fortaleza e as perspectivas de mudanças do modelo assistencial	132
4.2.1. Os modelos de atenção à saúde no SUS municipal: a visão dos trabalhadores de saúde.....	132
4.2.2. A compreensão do processo saúde-doença e os modelos de atenção	151
4.2.3. Transformando o perfil dos sujeitos como instrumento para a mudança de modelo	158
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUMAS REFLEXÕES	170
REFERÊNCIAS	177
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	184
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ..	187
ANEXO I – Dados sobre o quantitativo de ACS, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação.....	188
ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.....	189
ANEXO III – Mapas das Secretarias Executivas Regionais.....	190

LISTA DAS SIGLAS

- ABS** - Atenção Básica à Saúde
- ACD** – Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS** - Agentes Comunitários de Saúde
- ADS** - Agentes de Desenvolvimento Social
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- CAPs** - Caixas de Aposentadoria e Pensão
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CIES** - Centros Integrados de Educação e Saúde
- CLT** – Consolidação de Leis Trabalhistas
- CMASP** – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública
- CMS** - Conselho Municipal de Saúde
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNPq** – Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CSF** – Centro de Saúde da Família
- CSU** - Centro Social Urbano
- DAB** – Departamento de Atenção Básica
- DAPS**- Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
- DE** – Demanda Espontânea
- DS** – Distrito Sanitário
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- EPS** – Educação Permanente em Saúde
- ESB** – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP-CE – Escola de Saúde Pública do Ceará

FCHR - Faculdade Christus

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GETT – Gratificação pela Execução de Trabalhos Técnicos

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GTH – Grupos de Trabalho de Humanização

IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IMPARH - Instituto Municipal de Pesquisa e Administração de Recursos Humanos

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MAIS – Modelo de Atenção Integral à Saúde

MISMEC - Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio ao Saúde da Família

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NUPES – Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMF – Prefeitura Municipal de Fortaleza

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PREV SAUDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSE – Programa Saúde Escolar

PSF - Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RMF – Região Metropolitana de Fortaleza

SAME – Serviço Médico e Estatístico

SEINF – Secretaria de Infra-Estrutura

SENAD - Secretaria Nacional Anti-drogas

SER – Secretaria Executiva Regional

SESA - Secretaria Estadual de Saúde

SMDS - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSE – Sistema Municipal de Saúde Escola

SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

THD - Técnico de Higiene Dental

TS – Trabalhador de Saúde

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

UECE - Universidade Estadual do Ceará

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada dos serviços de saúde -----	47
Figura 2 – Mapa de Fortaleza e Região Metropolitana-----	62
Figura 3 - Pirâmide Populacional de Fortaleza -----	63
Figura 4 – Mapa de Fortaleza e Secretarias Executivas Regionais -----	65
Figura 5 - A construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família-----	118

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Número de equipes de saúde da família e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, por Secretaria Executiva Regional -----	66
Quadro II - Dados sobre os Centros de Saúde da Família selecionados no estudo-----	67
Quadro III - Grupos de representantes para o estudo -----	69
Quadro IV - Caracterização dos sujeitos da pesquisa do Grupo A - Trabalhadores de Saúde do PSF e do Grupo B – Coordenadores dos CSF -----	70
Quadro V - Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo A - Trabalhadores de Saúde do PSF -----	77
Quadro VI - Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo B – Coordenadores dos CSF. - -----	77
Quadro VII - Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo A – Trabalhadores de Saúde do PSF e do Grupo B – Coordenadores dos CSF -----	78

1. DESCRIÇÃO PROBLEMATIZADA DO OBJETO

“Calo-me, espero, decido. As coisas talvez melhorem. São tão fortes as coisas mas eu não sou as coisas e me revolto. Tenho palavras em mim buscando canal. São roucas e duras, irritadas, enérgicas, comprimidas há tanto tempo. Perderam o sentido, apenas querem explodir”.

Carlos Drummond de Andrade

1.1. O despertar pelo estudo

Meu interesse pelo tema surgiu com a prática profissional, pois, ao me graduar, tive como uma das primeiras oportunidades de emprego atuar como enfermeira de uma equipe de Saúde da Família, em uma cidade do interior. A graduação preparou-me pouco para atuar em saúde coletiva, já que a formação acadêmica era voltada para área hospitalar, impregnada do tradicional modelo hegemônico, fragmentado, curativo e centrado na figura do profissional médico.

Minhas experiências pontuais em alguns hospitais do interior só vieram reafirmar a idéia já preconcebida a respeito do sistema hospitalar: mecanicista, robotizado, estressante e não formador de vínculos, em que o mais importante saber, como muito bem coloca Merhy (2002), se concentra nas tecnologias duras (máquinas). Trabalhar no Programa Saúde da Família (PSF), quando me formei em 2000, significava para alguns profissionais a escolha de uma área que não exigia muito conhecimento e qualificação. O PSF, como se costumava escutar, e ainda hoje se escuta, era um campo de atuação para profissionais recém formados ou em final de carreira. Era apenas para “fazer um pé de meia” ou para profissionais acomodados que não pretendiam se especializar. Afinal de contas, de que saber estamos falando?

Entretanto, a experiência de trabalhar no PSF despertou-me uma verdadeira paixão e fascínio desde o primeiro contato, pois sinalizava, embora com seus limites e contradições, a proposta de um modelo diferente, que adentrava territórios e realidades diversas com estímulo a troca de saberes, produzido através do trabalho em equipe e capaz de gerar vínculo.

Foram sete anos de valiosas experiências, a grande maioria atuando em equipes de PSF em alguns municípios do interior do Ceará que me proporcionaram esta oportunidade antes de voltar para minha terra natal, Fortaleza. Apesar da filosofia do programa ser a mesma, instituída de forma verticalizada pelo Ministério da Saúde (MS), cada município desses trazia consigo realidades distintas e a vontade (ou não) de melhorar a qualidade de vida e a saúde de sua população. Era um trabalho dinâmico e por isso não tinha uma “receita de bolo”. A cada dia era construída pela equipe e pela própria comunidade a sua nova forma de fazer saúde.

Uma experiência exitosa durante essa trajetória foi a oportunidade que tive de trabalhar no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), no período de 2002 a 2004, em dois municípios do Ceará: Coreaú e Morrinhos. O PITS estava vinculado ao MS e foi criado como forma de prestar suporte aos municípios que não tivessem PSF e/ou que tivessem os piores indicadores sociais e de saúde em âmbito nacional.

Foi realizada uma seleção em todo o território nacional, que consistiu na análise de currículos e entrevistas dos candidatos para recrutamento de profissionais médicos e enfermeiros. O programa teve repercussão nacional e a idéia central era a de interiorizar a saúde nos municípios precários. Os profissionais selecionados recebiam uma bolsa vinculada ao Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq), tinham acesso à internet e especialização em Saúde da Família.

O programa durou três anos e foi um momento de muito aprendizado pois tive a oportunidade de vivenciar e contribuir com toda aquela fase inicial da implantação e, posteriormente, com os resultados obtidos. Todos os dias, o trabalho nessas comunidades longínquas era criado, recriado e reinventado porque as condições estruturais desses municípios eram as piores possíveis. Foi uma fase que me fez acreditar que mesmo com poucos recursos é possível fazer saúde, pois os indicadores melhoraram de forma significativa após a atuação das equipes do PITS.

Pude comprovar este fato através do estudo realizado em minha monografia de especialização intitulada *“Avaliação histórica da Mortalidade Infantil nos municípios contemplados pelo PITS/CE: impacto no índice após a implantação das equipes”*. Neste estudo, a taxa de mortalidade infantil apresentou redução de 39,50 em 2001 para 33,14 em 2002, após a implantação das equipes (VIANA, 2003). Nesse período, comecei a entender que uma atenção básica organizada e resolutiva é realmente capaz de prestar suporte a 85% dos problemas de saúde de uma população (SILVA JUNIOR, 2006).

O fato de ter residido nesses municípios e ter apreendido elementos importantes da sua cultura, de seu modo de viver e de suas crenças, permitiu-me intervir nos problemas de saúde dessas pessoas, pensando em saúde de uma forma mais ampliada, como qualidade de vida. Assim, o interesse pela saúde coletiva aumentou e foi nesse período que, mesmo no interior, tive a oportunidade de me qualificar na área fazendo o *Curso de Especialização em Saúde da Família*, pela Escola de Saúde Pública (ESP-CE) no ano de 2003.

Durante minha trajetória profissional notei que existia um abismo muito grande entre a filosofia do programa, seus pressupostos e seu funcionamento na prática. Os conhecimentos teóricos da pós-graduação associados à vivência na prática só instigavam-me mais ainda às inquietações. Esse abismo tornou-se ainda maior quando pude vivenciar a prática em uma das equipes de PSF do município de Fortaleza.

E ficava me questionando porque isso era tão diferente em cada município já que o programa era um só, embora tivesse consciência de que essas variações estavam atreladas aos territórios e suas realidades distintas. Observei que até entre equipes do mesmo município havia divergências. E mais uma vez me questionei: como se dá esse processo de implantação? Que variáveis são dependentes do profissional, do usuário e do gestor? Era certo que a implantação e a efetivação ocorriam de forma diferente, fazendo com que cada município avançasse de forma desigual com relação aos seus indicadores.

Em 2006, o Governo do Ceará realizou o concurso público para médicos, dentistas e enfermeiros do PSF, integrando vários municípios do estado, dentre os quais a capital. A experiência de integrar uma das equipes de PSF, a partir de agosto de 2006, atrelada às inquietações surgidas em um período efervescente de ampliação do PSF, e em um grande centro urbano como Fortaleza, despertou-me o desejo de estudar e investigar a temática proposta, estabelecendo um resgate histórico com o período inicial de implantação das primeiras equipes, em 1998.

Ao deparar-me com essa nova realidade, passei a repensar todas essas práticas já vivenciadas no interior, podendo observar todo o processo de implantação e funcionamento dessas equipes. Verifiquei que em Fortaleza apesar do aumento da cobertura e, conseqüentemente, do número de profissionais e consultas, o modelo de atendimento e as práticas desenvolvidas nas unidades continuavam muito semelhantes ao modelo anterior.

De um lado, trazia a certeza das experiências vividas no interior de que aqui não poderia acontecer de forma igual a nenhum outro município, muito embora na ansiedade de poder contribuir e de querer “fazer PSF” da maneira que vivi e aprendi, eu quisesse muitas vezes reproduzir o cenário de alguns. Mas por outro lado, era muito claro que havia alguns aspectos que em nenhum momento se traduziam na filosofia do PSF, sobretudo nos Centros de Saúde de Fortaleza onde nunca haviam sido implantadas equipes de PSF. Isso me incomodava, me angustiava e me levava a buscar novas formas de modificar essa realidade.

O concurso, sem dúvida, foi um grande avanço na política de saúde municipal. Apesar de ser um processo que demanda tempo para gerar impacto e mudanças visíveis, em meu ponto de vista não era suficiente. As equipes do PSF haviam sido lotadas nos diversos Centros de Saúde da cidade e os profissionais haviam sido treinados em um Curso de Imersão com uma carga horária de 80h, quando na verdade, não eram apenas esses profissionais que no momento precisavam ser sensibilizados e/ou treinados. “In locu” eu percebia que os demais trabalhadores da rede de saúde - enfermeiros, médicos especialistas, auxiliares de enfermagem, funcionários do Serviço Médico e Estatístico (SAME), entre outros, não estavam conectados com a nova filosofia, não apenas por se mostrarem resistentes a essa mudança mas porque não foram treinados e preparados para entenderem e atenderem sob essa nova lógica.

E novamente isso me instigava, pois as nossas ações de certa forma ficavam travadas e na maioria das vezes éramos vistos como aqueles profissionais que deveriam apenas fazer visitas na casa dos acamados. O conceito que eles tinham de PSF era essa. Paim (2003) considera um erro acreditar que o PSF consiste num serviço paralelo, com equipes responsáveis apenas pelas atividades de prevenção ou pelas visitas domiciliares enquanto a assistência curativa continua sob a responsabilidade dos profissionais do modelo anterior.

E me perguntava: como implantar PSF em uma unidade com dois modelos de atenção, onde de um lado os profissionais atendem de forma individualizada de acordo com os moldes do modelo biomédico e de outro, os profissionais tentam atender de uma forma mais coletivizada, com vistas a reverter o atual modelo assistencial. Como implantar PSF em um grande centro urbano com fortes pressões do modelo biomédico?

Na oportunidade que tive de preparar-me para a seleção do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) em novembro/2006, estava consciente de que o meu objeto de estudo não poderia deixar de ser outro. Tinha que partir da minha afinidade desvelada no campo da prática associada às novas inquietações surgidas através do contato com essa nova realidade. O interesse pelo tema, portanto, veio embutido em toda essa trajetória, experimentada juntamente com minha atuação como enfermeira do PSF e correspondendo a momentos históricos de intensa efervescência no processo de implantação dessa prática no serviço público municipal de Fortaleza. Assim, sinto-me parte desse processo e co-responsável enquanto cidadã e trabalhadora da saúde pela elevação da qualidade de vida dos seus munícipes.

1.2. Contextualização do problema: o objeto de estudo

No campo das políticas públicas, a década de 80 foi um marco histórico, na medida em que foi um período de profundas mudanças e repercussões na área da saúde, estabelecidas através da promulgação da Constituição Federal de 1988, definindo, como diretrizes do SUS, a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação comunitária. Apesar desses princípios não terem atingido a sua plenitude, não podemos deixar de reconhecer os avanços, principalmente no que diz respeito à municipalização e à descentralização.

Em Fortaleza, o processo de descentralização teve início em julho de 1986. Nesta época, foram iniciadas as discussões referentes ao processo de distritalização e, para tanto, foi realizado um estudo que previa a implantação de nove distritos sanitários, entretanto, inicialmente foram estabelecidos apenas oito. Para organizar os serviços com base no processo de distritalização, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) formou uma equipe de planejamento, que era constituída por 01 equipe de coordenação e 08 equipes técnicas, as quais tinham a finalidade de realizar um diagnóstico de território e da rede de serviços, mobilizar a comunidade e promover a intersetorialidade (OLIVEIRA, 2006).

Como resposta a essa conjuntura, em 1994 o MS lançou o PSF², que tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Em Fortaleza, o processo de implantação do PSF foi iniciado em maio de 1997, através da formação de uma comissão multiprofissional composta por enfermeiro, médico, assistente social e coordenador, com a finalidade de planejar a implantação do PSF como estratégia de organização da atenção básica, momento em que foram definidos os critérios e as diretrizes (VIEIRA, 2001).

Nesse mesmo ano, a então gestão municipal implementou um projeto de reforma administrativa que extinguiu a SMS e criou a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), dividindo a cidade em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs) com

² Iremos, na maioria das vezes, utilizar esta nomenclatura no decorrer desta pesquisa, não por compreendê-lo como programa, mas por ser o termo originalmente aceito e reconhecido em âmbito nacional. Espelhamo-nos na concepção trazida por Mendes (1999) na qual o importante é falar de PSF entendendo como uma estratégia.

autonomia administrativa e financeira. Assim, todo o processo inicial de distritalização iniciado em 1986 foi desmontado. Essas mudanças levaram ao comando duplo. De um lado, o secretário da SMDS e de outro, os das SERs, pois em cada uma destas havia um secretário regional que detinha amplos poderes. Além disso, existia o controle político em cada SER, o que interferia na política de saúde. Dessa forma, os nove distritos sanitários existentes foram reagrupados em seis, correspondendo à territorialização das SERs (OLIVEIRA, 2006).

Conforme Vieira (2001), este foi um dos fatores que contribuíram para a implantação do PSF. Paralelamente, portanto, consolidou-se a decisão política de implantar o programa. Outro aspecto favorável à implantação, foi a transição, em algumas unidades, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que já se encontrava em funcionamento, para o PSF.

Primeiramente, a administração municipal, baseando-se num estudo de análise situacional, optou por priorizar a população residente em áreas de risco e que possuíssem os piores indicadores sociais e de saúde. Em fevereiro de 1998, a gestão realizou o primeiro processo seletivo para os profissionais do PSF, que foram terceirizados através de uma Cooperativa de Saúde. Foram formadas, então, 32 equipes de saúde da família, distribuídas em 12 bairros pertencentes às seis Secretarias Executivas Regionais (VIEIRA, 2001).

Um ano e três meses depois, foram formadas mais 18 equipes. Em abril de 2000, foram implantadas 59 equipes, desta vez com a inclusão do cirurgião dentista (VIEIRA, 2001). Em 2002, o número total chegou a 109 equipes, caindo para 100, em 2003 e aumentando para 103 em 2004 (OLIVEIRA, 2006). Esse valor correspondia a 16% de cobertura populacional (OLIVEIRA, 2006), um quantitativo bem menor do que determinava o plano de implantação de equipes de PSF por SER para o período de 1998 a 2001, o qual previa a criação de 310 equipes (VIEIRA, 2001).

Percebemos que, a partir de 2000, caracterizou-se um processo de estagnação, quando não houve aumento do número de equipes. Somente em 2006, observamos um expressivo aumento da cobertura populacional, com a contratação, através de concurso público, de 300 equipes, extinguindo-se, dessa forma, os vínculos de trabalho terceirizados que vigoravam até então. Esse número de equipes corresponde a 43,44% de cobertura.

Até meados de 2006, Fortaleza contava com um sistema de saúde em atenção básica sustentado por Centros de Saúde que na sua grande maioria era composto por médicos especialistas, dentre eles, clínicos gerais, pediatras e ginecologistas. Segundo Vieira (2001),

dos 83 Centros de Saúde existentes na época, apenas 24 foram transformados em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF). O atendimento dos enfermeiros era dividido por programas de saúde pública tais como: programa de hipertensão e diabetes, programa de hanseníase e tuberculose, programa de saúde da mulher, programa de saúde da criança. A grande maioria dos enfermeiros somente atendia uma dessas áreas programáticas, através da demanda espontânea.

A forma de organização do processo de trabalho em Fortaleza ainda estava pautada no antigo modelo de saúde, oriundo da década 1920, caracterizado por estruturas verticalizadas e centralizadas. A prática médica era voltada para ações curativas, individualizadas, assistencialistas e especializadas. Este sistema não gerou resultados satisfatórios (BRASIL, 2004).

O novo modelo de reorganização da atenção primária, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), surge como uma proposta inovadora, na medida em que se propõe a trabalhar com ações de prevenção e promoção da saúde, o que não significa desconsiderar a clínica, com ampla e contínua atenção à família. As atividades passam a ser planejadas e desenvolvidas pela equipe e não centradas apenas na figura do médico, com colaboração intersetorial e participação da comunidade.

Com a decisão do poder público municipal, em 2005, de priorizar a ESF na sua política sanitária, diversas iniciativas vem sendo tomada para fortalecer a atenção básica, tais como o incentivo à educação permanente, reforma de algumas unidades de saúde, desprecarização do vínculo de trabalho e seleção de Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Todas essas mudanças, somadas às experiências profissionais da pesquisadora em municípios do interior do estado, despertaram diversas inquietações. As questões emergidas a partir dessas experiências tornaram-se mais fortes ao conhecermos melhor o serviço municipal de saúde de Fortaleza-CE, já que as diferenças na capital eram maiores ainda. Pensar em atenção básica e PSF em uma metrópole como Fortaleza significa, segundo Paim (2003), considerar o aprofundamento das desigualdades sociais nos diversos segmentos populacionais e na segmentação do sistema de saúde frente a diversas modalidades assistenciais.

Apesar dos avanços detectados, temos plena convicção de que ainda há muito para fazer, mas desde já é mister observar de modo crítico e científico a repercussão desta escolha política sobre a situação de saúde dos munícipes de Fortaleza. A partir deste contexto,

surgiram vários questionamentos, trazidos como uma “chuva de idéias” e que foram colocados como reflexão para esse estudo:

- 1) Como se deu a implantação e como funciona a dinâmica do PSF em Fortaleza?
- 2) Quais são as dificuldades encontradas no processo de implantação?
- 3) Como foi a preparação dos profissionais que já estavam na rede para receber essas equipes? Eles conhecem a filosofia do PSF? Qual é a percepção deles sobre esse novo modelo?
- 5) O aumento da cobertura ocorreu. Isso foi suficiente? O modelo hegemônico predomina? Houve reversão das práticas?
- 6) Convivemos com a dualidade dos modelos de atenção à saúde nas unidades? Que práticas e estratégias têm sido desenvolvidas no sentido de gerar mudanças?

A multiplicidade de inquietações que permeavam a prática da pesquisadora, enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família, possibilitou a delimitação do nosso objeto de estudo, através da seguinte indagação:

Como vem se conformando a organização do PSF em Fortaleza desde a sua implantação até o contexto atual? E como isso tem influenciado no espaço micropolítico (contexto local) as práticas de saúde?

Diante desses questionamentos, traçamos os seguintes objetivos:

- Analisar a organização da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza-CE, desde a sua implantação até o contexto atual;
- Compreender a organização da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza considerando: modelo de atenção, dinâmica de funcionamento e recursos humanos;
- Identificar as práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família e como está se dando a sua operacionalização no contexto local;
- Descrever as dificuldades e facilidades encontradas no processo de implantação da Estratégia Saúde da Família;
- Apontar limites, avanços e perspectivas da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

“Desconfiai do mais trivial na aparência singelo e examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar”.

Bertold Brecht

2.1. Saúde da família: uma estratégia de Atenção Primária em Saúde e de mudança do modelo assistencial

2.1.1. A construção histórica dos modelos assistenciais em saúde: dilemas e desafios

As conquistas e dificuldades com as quais nos deparamos hoje, no âmbito da saúde, são reflexos de uma conjuntura histórica e político-social que o Brasil enfrentou ao longo do tempo. Para que possamos entender esse processo, é necessário mergulharmos na história e nos apropriarmos dos fatos e determinantes que culminaram no modelo de atenção à saúde vigente. A saúde está atrelada à história, não sendo possível dissociá-las (POLIGNANO, 2005).

Ao resgatarmos a história dos modelos de atenção, podemos identificar que a sua origem encontra-se nos movimentos ideológicos da prática médica, especialmente na medicina preventiva e comunitária e no movimento da reforma sanitária brasileira (TEIXEIRA, 2003). Além dos determinantes históricos, se faz necessário como aspecto central a compreensão do que seja o modelo de atenção.

Alguns autores como Mendes (1999), Teixeira (2003), Paim (2003,2008), Silva Junior e Alves (2007) e Coelho (2008) trazem diferentes concepções de modelos de atenção. Semanticamente, a palavra modelo apresenta diferentes significados, tais como: forma, exemplo, referência, norma, padrão, algo a ser seguido, fazendo-se necessário evitar conceitos taxativos que possam expressar uma única realidade específica. O modelo, portanto, é uma representação da realidade de saúde (PAIM, 2008).

Para Paim (2003), os modelos de atenção, assistenciais ou de intervenção consistem na associação de tecnologias com problemas de saúde tendo como base o perfil epidemiológico expresso nas necessidades sociais e de saúde de uma determinada população. Silva Junior e Alves (2007) reafirmam a definição de modelo assistencial quando mencionam que este diz respeito à forma de organização das ações em saúde, para enfrentamento das necessidades de saúde da população, que envolve tantos aspectos assistenciais como tecnológicos.

Em uma outra concepção, a idéia de modelo de atenção reconhece a saúde como direito de cidadania, traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente, humanizados. Além disso, é importante destacar as questões que envolvem a

intersetorialidade e participação comunitária, buscando o efetivo controle social e que a somatória dessas ações possam incidir na melhoria das condições de vida das pessoas, consequentemente de sua saúde (BRASIL, 1996a).

Todas estas construções conceituais convergem no sentido de uma aproximação de modelo que seja organizado para atender as necessidades de saúde de uma população. Na verdade, não há modelos certos ou errados, nem fórmulas mágicas que, ao serem implementadas, dão certo. O que há é uma diversidade de modelos que se apresentam ou variam de acordo com os momentos históricos, com as concepções sobre saúde-doença, com as tecnologias disponíveis, com as escolhas políticas e éticas (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007).

Dessa forma, buscamos neste capítulo teórico, resgatar a construção histórica desses modelos trazendo as suas peculiaridades, a importância que tiveram em cada época e os limites encontrados nesta trajetória, com o intuito de suscitar as seguintes reflexões: Que modelo (s) temos hoje? Que modelo (s) buscamos?

No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. Antigamente, até meados do século XIX, não existia um modelo de atenção à saúde definido e com isso a população ficava à mercê das epidemias. Nesta época, a assistência à saúde se limitava aos curandeiros, parteiros, etc, ou se dava de forma filantrópica, através das instituições beneficentes (POLIGNANO, 2005; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2007). A saúde era exercida como um favor piedoso, constituindo uma ação de caridade.

Antes mesmo do crescimento da industrialização, inicia-se o modelo sanitaria-campanhista, que se caracterizava por instituir ações voltadas para erradicação de doenças de massa e saneamento nos espaços de circulação de mercadorias, como forma de suprir o interesse da economia agroexportadora, baseada na monocultura do café (MENDES, 1995; ANDRADE, 1998; SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

O processo de industrialização, acompanhado de uma crescente urbanização e com ela a utilização da mão-de-obra de imigrantes europeus, acabou por influenciar o movimento operário brasileiro na luta por direitos trabalhistas e de saúde. Assim, os trabalhadores organizaram, junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), regulamentadas através da Lei Eloi Chaves (1923), e que constitui o marco inicial da

previdência social (POLIGNANO, 2005; SILVA JUNIOR e ALVES, 2007; ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2007).

Posteriormente, na década de 30, com o intuito de estender os benefícios da previdência a todas as categorias de trabalhadores urbanos, as CAPs foram substituídas pelos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões), organizados não mais por empresas e sim por categorias profissionais, contemplando um maior número de beneficiários e consequentemente fortalecendo o regime de capitalização (MENDES, 1995; POLIGNANO, 2005; SILVA JUNIOR e ALVES, 2007). Alguns desses autores ressaltam que a conquista dos direitos sociais, tais como saúde e previdência, foram frutos de reivindicações e lutas dos trabalhadores brasileiros, e não uma iniciativa ou um projeto do Estado, como alguns governos querem fazer parecer.

Mendes (1995), Polignano (2005) e Andrade, Barreto e Bezerra (2007) destacam que nas CAPs a assistência médica era obrigatória, central e permanente, enquanto nos IAPs esta foi colocada de forma secundária e provisória, haja vista que o foco da preocupação era de caráter contencionista, visando tão somente a acumulação do capital.

Com o processo de aceleração da industrialização, cria-se maior pressão pela assistência médica via institutos, favorecendo o crescimento do complexo médico-hospitalar. Nesse sentido, o mais importante já não era sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador com fins de manter e restaurar a capacidade produtiva destes.

Contudo os IAPS limitavam-se apenas a determinadas categorias profissionais, fazendo com que o governo militar procurasse ampliar para todos os trabalhadores formais do espaço urbano os benefícios da previdência social. Assim, em 1967, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O modelo sanitário-campanhista perdurou até a década de 60, porém, sofreu declínio a partir de 1920 através da implantação e crescimento do modelo médico-assistencial privatista, com a criação das CAPs e IAPs, que se caracterizavam pela atenção à saúde individualizada.

De 1960 até meados de 1980, o modelo de saúde hegemônico era o médico-assistencial privatista que recebeu essa denominação devido à expansão de serviços privados,

contratados pelo setor público (MENDES, 1995; ANDRADE, 1998; POLIGNANO, 2005). Estava fundamentado no modelo da biomedicina, dentro de uma lógica hospitalocêntrica, cujos pilares eram: o capital internacional representado pela indústria de equipamentos e medicamentos, o setor privado nacional prestador de serviços médicos hospitalares e o Estado como grande financiador do sistema através da previdência social.

Este modelo tinha como cerne de poder a previdência social brasileira, tendo a assistência à saúde como parte dessa previdência, voltada apenas para algumas categorias de trabalhadores configurando um tipo de cidadania definida por Santos (1987) como cidadania regulada. Ou seja, só eram considerados cidadãos aqueles trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho daquelas categorias reconhecidas pelo Ministério do Trabalho. Quem não estava incluído nessas condições era considerado indigente do ponto de vista social. O Estado não se responsabilizava pela saúde da população. De acordo com Andrade (1998) e Polignano (2005), somente em 1971 foram incluídos os trabalhadores rurais através da criação do PRORURAL e em 1972 os empregados domésticos e autônomos.

Como características deste modelo, podemos ainda destacar: a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, caracterizada pelo lucro no setor saúde, incapaz, portanto, de alterar os perfis de morbi-mortalidade e a expansão do modelo biomédico através de financiamento e da compra de serviços aos hospitais privados, resultando num aumento de consumo de equipamentos, medicamentos, clínicas e hospitais. O custo crescente inviabilizou a sua expansão e não garantiu excelência na assistência a saúde, ao contrário, gerou insatisfação na população (MENDES, 1995; SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

O modelo de saúde previdenciário entra em crise e aponta alguma de suas mazelas: a priorização da medicina curativa, que foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva; os altos custos gerados pela expansão da atenção médica-hospitalar, conseqüência do foco na doença e na cura; a incapacidade do sistema de atender a população excluída por meio da cidadania regulada; os desvios de verba do sistema previdenciário para realização de obras e o custeio de despesas de outros setores, dentre outros (POLIGNANO, 2005).

Segundo Silva Junior e Alves (2007), a década de 1970 foi marcada pelos limites da biomedicina, pouco efetiva no enfrentamento de problemas de saúde decorrentes da

urbanização, tais como: doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas, entre outras, que desafiavam os conhecimentos convencionais pautados no biologismo e desconsiderando os aspectos sociais e os mais variados determinantes do processo saúde-doença.

Esses problemas preocupavam a sustentação econômica dos países desenvolvidos fazendo com que fosse pensado em propostas alternativas que gerassem mudanças no sistema a custos menores e maior eficiência (FAUSTO e MATTA, 2007). A proposta mais difundida e que ganhou maior destaque na época foi a da Medicina Comunitária, também conhecida como medicina simplificada, dos programas de extensão de cobertura urbana e rural ou dos cuidados primários de saúde. Todas essas conotações apresentaram um caráter reducionista ao que realmente o modelo se propusera, trazendo dessa forma um discurso distorcido de uma medicina voltada para massas desassistidas (SILVA JUNIOR, 2006).

Esse contexto de crise de modelo foi concomitante a uma discussão em âmbito internacional a respeito dos cuidados primários de saúde, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, em 1978, com o objetivo de analisar e propor alternativas que mudassem o quadro de saúde predominante o qual levava em consideração todas as questões anteriormente citadas (ANDRADE, 1998).

Esse marco histórico teve influência política e trouxe para o cenário mundial a idealização de dois projetos: o socialista, através da declaração de Alma-Ata, articulado dentro da antiga URSS e trazendo a perspectiva de universalidade; e um capitalista, comandado pelos EUA através da organização da Saúde Pública na Medicina Comunitária, que nas entrelinhas, possuía fortes características de um projeto neoliberal e focalizador.

O final dos anos 70 coincide com o esgotamento do modelo médico-assistencial-privatista que apresentou graves problemas por excluir parcelas expressivas da população. Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2007), como forma de contornar a crise, foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAUDE) que tinha como objetivo reorganizar o setor através da oferta de serviços básicos de saúde. Para Polignano (2005), o PREV-SAUDE era um dos projetos mais interessantes do modelo sanitário. Esse programa, por falta de vontade política, não chegou a ser implementado.

A partir do momento em que o setor público entra em crise, o setor liberal que se beneficiou durante 15 anos com o modelo médico assistencial privatista começou a formular

novas alternativas que pudessem gerar lucro para sua estruturação, direcionando seu modelo de atenção para a classe média e para os assalariados. Dessa forma, foi concebido um subsistema de atenção médico-supletiva composto de cinco modalidades assistenciais, com pequenas diferenças entre si, baseadas em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) (POLIGNANO, 2005).

Com a profunda crise econômica e a (re) democratização do país no período da década de 80 foi gerada uma tensão na população, que através dos movimentos sociais provocaram grandes repercussões na área da saúde, culminando na proposta de mudança de modelo, o então médico-assistencial-privatista que encontrava-se em falência por todos os aspectos anteriormente mencionados, transformando-o assim em um novo paradigma de atenção à saúde que pudesse contemplar as demandas ou as necessidades de saúde da população (MENDES, 1995).

É nesta arena de conflitos sociais e políticos associados a discussões no âmbito internacional que as portas se abrem para a reforma sanitária, e com ela, o movimento contra-hegemônico da saúde. Segundo Mendes (1995), a Reforma Sanitária pode ser definida como um processo democrático e de transformações no âmbito político, seja ele jurídico, institucional ou operativo, que compreende a saúde como um direito universal. Neste sentido, a reforma traz o conceito de saúde de forma mais ampliada e contextualizada, como direito de cidadania e dever do Estado.

Nesse contexto, surgem dois projetos político sanitários alternativos e antagonísticos, frutos dos interesses e ideologias dos diferentes sujeitos sociais envolvidos. De um lado, a proposta da reforma sanitária entendida por Mendes (1995) como um processo democratizante e modernizador, de construção permanente; de outro, a proposta conservadora neoliberal de reciclagem do modelo médico assistencial privatista. A institucionalização do projeto de Reforma Sanitária deu-se através da inserção de técnicos ligados ao movimento sanitário em instituições federais como MS e o INAMPS, fortalecendo e viabilizando o desenho das políticas sanitárias daquele momento.

O grande momento histórico de fortalecimento da reforma sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que merece destaque devido ao seu caráter profundamente democrático, com envolvimento de quase toda a sociedade civil com interesse na questão saúde, bem como em virtude da construção de um processo social através

de conferências em todas as instâncias de governo (municipal, estadual e federal). Para Mendes (1995) esse foi o momento ápice da consolidação tanto política como ideológica da proposta de reforma sanitária.

As diretrizes dessa conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 objetivando: conceito ampliado de saúde, reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) orientado por princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade (MENDES, 1995; ANDRADE, 1998; SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

Assim, de 1980 a 1990, o modelo de saúde predominante foi o neoliberal, que em termos práticos correspondia ao privatista. Neste período, destaca-se ainda a influência que os ideais da reforma sanitária tiveram, em 1987, através da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tentou realizar os princípios da reforma sanitária brasileira e significou uma transição para o SUS (MENDES, 1995; ANDRADE, 1998).

Em 1990, o governo edita as leis 8.080 e 8.142, conhecidas como leis orgânicas da saúde, regulamentando o SUS criado pela Constituição de 1988. Com o advento do SUS, a partir da década de 90, o modelo foi definido e caracterizado pela proposta de reforma sanitária e vigilância à saúde, por trazer, em seu bojo, uma perspectiva voltada para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. A Constituição de 1988 no capítulo VIII da ordem social e na seção II referente à saúde define no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080 traz uma proposta de organização e funcionamento do SUS. Esta lei dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e incorpora mandamentos constitucionais, tais como: saúde como direito de todos e dever do Estado, conceito ampliado de saúde, SUS com universalidade, integralidade, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização (MENDES, 1995).

A partir daí a saúde passa a ser entendida não mais apenas como ausência de doença e sim como perspectiva de um conceito mais amplo, como é definida em seu artigo 3º que estabelece:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

A lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, através dos conselhos e conferências de saúde e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde, vetados anteriormente. Essas leis orgânicas trazem a responsabilidade para dentro dos municípios e o seu papel enquanto instâncias federativas no SUS, associado a uma nova concepção de saúde (MENDES 1995).

O SUS, segundo Polignano (2005), é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde que envolve as esferas públicas federais, estaduais e municipais, sendo que a iniciativa privada poderá participar em caráter complementar. Foram definidos no SUS os princípios doutrinários e os organizativos. Como doutrinários podemos citar: universalidade, equidade e integralidade e como organizativos: a hierarquização, a participação da comunidade e a descentralização.

Para Vasconcelos e Pasche (2006), o SUS tem como objetivo melhorar as condições sociais de saúde da população por meio de ações de prevenção de risco, doenças e agravos à saúde da mesma, como forma de garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Apesar desses avanços, tanto na legislação brasileira como no processo de descentralização previsto no SUS, Andrade (1988) coloca que na década de 1990 não houve mudanças significativas no modelo de atenção à saúde, que ainda estava focado na doença, centrado no hospital, com atendimento episódico e limitado. Ela cita ainda que este modelo tradicional foi reconhecido por sua capacidade de intervenção na doença, sendo necessário reconhecer suas limitações que envolvem estrangulamento do sistema, demanda espontânea excessiva e desordenada; dificuldade de acesso; ênfase na medicalização; relacionamento impessoal e dificuldade de financiamento.

Ao mesmo tempo em que se conquistam vitórias do ponto vista jurídico-formal, o sistema público de saúde brasileiro transforma-se num imenso laboratório de experiências inovadoras na perspectiva da gestão e das práticas de saúde, com vistas à construção alternativa de modelos de atenção. A origem dessas experiências pode ser encontrada nos movimentos ideológicos da Reforma Sanitária tais como a Medicina Comunitária, que também recebeu influência dos debates internacionais.

No contexto dessas discussões, surgem experiências que servem como referência na construção da reversão dessas antigas práticas, pautadas ainda no modelo hegemônico e portanto fragmentadas e individualizadas. Alguns autores como Mendes (1991), Merhy et al (1991), Campos (1991) e Teixeira (1992) propuseram novas alternativas pois o modelo de saúde vigente implantado por alguns municípios brasileiros nada mais era do que a réplica das antigas estruturas inamptianas. Dessa forma, algumas inquietações e desafios são recolocados a todas as instâncias que de alguma forma estão comprometidas com a melhoria da saúde.

Teixeira (2003) traz alguma dessas propostas nas quais são privilegiados tanto o espaço micro dos processos de trabalho em saúde como as mudanças a nível macro. Podemos citar como exemplos o modelo em defesa da vida, as ações programáticas, a promoção da saúde, cidades saudáveis e o distrito sanitário. Dentre estas propostas, destacam-se a Vigilância à Saúde e o Saúde da Família, que, segundo Paim (2006), foram as mais amplas intervenções de mudança no modelo hegemônico realizadas no Brasil. Essas várias iniciativas surgem como dispositivos de mudança do modelo assistencial.

Não é nosso objetivo aprofundar, aqui neste capítulo, todas essas ricas experiências, mas sim contextualizar e resgatar a sua importância. As discussões que se seguem perpassam pelos modelos adotados em todo o país como tentativa de se organizar os serviços de saúde, porém, o nosso foco de discussão será em torno das práticas de saúde realizadas no âmbito local pelas equipes de PSF, no sentido de contribuir para a reflexão da construção de um novo modo de pensar e agir que permeie as mudanças do modelo de organização das práticas de saúde.

A proposta do Distrito Sanitário (DS) surge como forma de reorganizar os serviços de saúde, na perspectiva de melhorar a efetividade na assistência à saúde e emerge como um dispositivo para mudança das práticas sanitárias no SUS, sendo entendida como um

processo social dentro de um conceito mais amplo (PAIM, 1995). Teixeira (2003, p. 258) reafirma essa proposta quando coloca que a mesma “busca articular as contribuições de distintas disciplinas e de distintos movimentos ideológicos em torno da mudança das práticas de saúde”.

A implantação dos DS dentro de uma concepção processual passa, segundo Mendes (1995), pela incorporação de quatro conceitos-chave: território, problema, prática sanitária e processo de trabalho em saúde, que coexistem e se complementam no discurso da prática.

Destacamos aqui os dois últimos conceitos, de forma que as práticas sanitárias são entendidas como norteadoras no processo de enfrentamento dos problemas de saúde. Temos convivido com a prática que tem como pilar a vigilância a saúde, cujas intervenções, por um lado, são contínuas e voltadas para grupos; mas por outro lado, são realizadas de forma ocasional e individualizada, não desconsiderando a importância desta prática. Ambas convivem no mesmo território, ao passo que uma se estrutura na lógica do modelo sanitário e a outra do modelo clínico (MENDES, 1995).

O DS enquanto processo social de mudanças das práticas não implica anular ou negar a dualidade dessas práticas, mas delimitar o campo de cada uma, permitindo que o modelo clínico apresente-se como uma prática subordinada ao modelo sanitário.

Da mesma forma, temos o processo de trabalho em saúde que possui como foco o processo saúde-doença, atravessando tanto as questões individuais como as coletivas. Novamente, temos de um lado o modelo clínico, centrado numa perspectiva individual e materializado através do consultório, e de outro o modelo sanitário que possui como foco principal o coletivo. A possibilidade de integração entre estes dois modelos é questionável.

Outra proposta de modelo citado por Teixeira (2003) é a da criação de “cidades saudáveis”, adotada por algumas cidades como Curitiba, que envolvem a criatividade no planejamento e na execução de ações intersetoriais e também a promoção da cidadania com o propósito de melhorar a qualidade de vida da população.

Podemos pontuar ainda a proposta de Vigilância à Saúde que nasce dentro da perspectiva de organizar os diversos níveis de atenção, seja com ações de vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária. Já o modelo em “defesa da vida” propõe alternativas

tais como o acolhimento e o desenvolvimento de vínculo como formas de organização das práticas que possam dar conta da problematização nos serviços de saúde, da (des) humanização.

Vários pesquisadores desenvolveram estudos que traziam reflexões sobre a prática a partir dessas experiências, com ênfase na gestão e na reorganização dos serviços e nos processos do trabalho em saúde. Essas experiências foram palco para a introdução de inovações na tentativa de gerar mudanças das práticas nas Unidades de Saúde e nos sistemas locais.

Ressaltamos que nenhuma dessas propostas que vem sendo implementadas no âmbito do SUS abrangem de forma isolada todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas. É necessário reconstruí-las a partir da situação concreta de cada local. As propostas sugeridas a nível macro não garantem necessariamente mudanças a nível micro.

Todas essas iniciativas foram caminhos trilhados que fortaleceram a discussão dos modelos e contribuíram para os avanços no SUS. Entretanto, apesar do reconhecimento dessas mudanças, percebemos que as práticas continuam muito semelhantes. O avanço foi muito mais conceitual e organizacional do que propriamente prático. Os avanços práticos ainda são tímidos, frente à idealização teórico-conceitual que o modelo propõe. Todas essas questões reforçam as críticas às desigualdades sociais no que tangem à assistência à saúde e favorecem a pressão por políticas de saúde que façam valer os princípios do SUS.

2.1. 2. Aspectos históricos e conceituais da Atenção Primária em Saúde

A década de 70 foi o marco ou ápice das discussões referentes aos modelos de atenção, muito embora desde a década de 20 já houvesse críticas ao modelo biomédico, através do relatório de Dawson. Essas reflexões partiram dos limites ou esgotamento estabelecidos por esse modelo, que se agravou com as questões ligadas ao crescimento da urbanização, tais como: violência, neoplasias e doenças psicossomáticas que desafiavam a complexidade humana, incapazes de serem entendidas apenas do ponto de vista individual e biológico (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007; CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Assim, surgem propostas internacionais que buscam superar os limites encontrados na biomedicina e que são reorganizadas a partir da realidade brasileira. Dentre as

propostas alternativas colocadas a mais difundida foi a da Medicina Comunitária e a da Atenção Primária a Saúde (APS), por terem o apoio de entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) e ainda a experiência vivenciada em muitos países.

Dada a importância das duas propostas, a reflexão teórica neste item irá perpassar pela discussão sobre a experiência e a origem da Medicina Comunitária enquanto modelo alternativo e o debate trazido por alguns autores sobre os conceitos da APS, seus significados, avanços, contradições, estratégias de expansão e operacionalização.

Algumas referências de Medicina Comunitária, citadas por Andrade (1998), colocam que suas origens datam do início deste século, documentadas através da proposta de Flexner em seu relatório, em que se instituía um modelo de “médico da comunidade”, porém, com o estereótipo de um profissional com formação precária ou menos qualificado (SILVA JUNIOR, 2006).

O relatório Flexner foi elaborado por Abraham Flexner em 1910 e teve como objetivo avaliar a educação médica dos EUA e do Canadá, tendo também como principais propostas: a ampliação da duração dos cursos de medicina para quatro anos, o estímulo à docência em tempo integral, a expansão do ensino clínico e o incentivo à especialização médica (SILVA JUNIOR, 2006).

O modelo flexneriano, biomédico, cada vez mais se esgotava pelas limitações apresentadas de uma medicina voltada para a doença, centrada no hospital e na supervalorização das especialidades, com o raciocínio pautado na clínica e na objetividade. Esses elementos exigiram uma nova postura diante da complexidade da subjetividade humana (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

Esse modelo também ficou conhecido como medicina científica ou biomedicina e tinha como características: o mecanicismo, em que o homem era visto como uma máquina; o biologismo, onde a doença era vista dentro de uma concepção exclusivamente biológica; o individualismo, onde o indivíduo passa a ser visto como objeto; a especialização, induzindo a fragmentação do cuidado; a exclusão das práticas alternativas; a tecnificação do ato médico; a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos (SILVA JUNIOR, 2006).

Foi a partir das críticas de Dawson ao modelo Flexneriano que se propôs tanto a reestruturação dos serviços de saúde, que deveriam se responsabilizar pela implementação de ações preventivas e terapêuticas, de forma regionalizada como a duplicidade da função do Estado de provimento e controle das necessidades de saúde (SILVA JUNIOR, 2006).

Ou seja, percebe-se então que os aspectos primitivos do modelo de Medicina Comunitária e a organização dos serviços já existiam através da Atenção Primária, muito embora, naquela época, este termo não tivesse sido criado. A dicotomia entre a medicina preventiva e curativa era criticada por Dawson que propusera a idéia de médicos generalistas com capacidade para atender indivíduos e comunidades.

Segundo Silva Junior (2006), propostas semelhantes à de Dawson também eram desenvolvidas em outros países, porém, o crescimento da medicina flexneriana no âmbito privado e a deficiência das atividades preventivas culminaram no fracasso da proposta dos Centros de Saúde nos EUA.

Com relação ao segundo aspecto trazido nesta discussão, que trata dos aspectos conceituais da APS, identificamos que esta vem sendo adotada na história política e de saúde de diversos países, tendo sua origem a partir do relatório de Dawson (1920) em que se preconizava a organização dos serviços de saúde através de centros primários, centros secundários e hospitais de ensino e a implantação de um médico generalista chamado “de família”, apoiado por profissionais de enfermagem e atuando numa unidade básica. Esta forma de organização serviu de base para a regionalização dos serviços de saúde tendo influência em vários países (ANDRADE, 1998; MENDES, 2002a; FAUSTO e MATTA, 2007).

Fausto e Matta (2007) acrescentam ainda que estes níveis de atenção dos sistemas de saúde propostos por Dawson eram organizados de forma regionalizada e operacionalizados da seguinte maneira: nos centros primários deveriam ser resolvidos a maior parte dos problemas de saúde, por médicos generalistas; nos centros secundários deveriam ser atendidos os casos que não foram solucionados no nível anterior, através da consulta com especialistas; e por fim, nos casos de cirurgia ou internação, as pessoas deveriam procurar os hospitais. Este foi o primeiro contato com a idéia centrada na perspectiva da APS. Silva Junior (2006) traz outros elementos, tais como a regionalização, o acompanhamento de famílias, área adscrita e

vínculo quando menciona trechos do relatório de Dawson no capítulo de seu livro intitulado “modelos alternativos”.

Apesar da proposta de APS ter sido desenvolvida desde 1920, somente foi catalogada como doutrina na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978 (ANDRADE, 1998; MENDES, 2002a, FAUSTO e MATTA 2007). Esse termo APS, desde o momento em que foi idealizado, sofreu várias discussões no campo conceitual, devido às suas ambigüidades e distintas interpretações dos diversos sujeitos sociais envolvidos nesse processo (MENDES, 2002a). Estas ambigüidades ou superposição de conceitos, segundo Gil (2006) pode estar influenciando questões importantes ligadas ao saúde da família.

Corbo, Morosini e Pontes (2007) colocam duas interpretações ao tratar do modelo de APS. Na primeira, os autores destacam que alguns consideram a APS como um programa focalizado, voltado para as populações excluídas, com mão de obra pouco qualificada e que se apresenta com pouca efetividade frente aos problemas de saúde da população. Em uma segunda concepção, a APS está organizada para atender as necessidades da população e se encontra articulada com os demais níveis.

Essas diferenças conceituais resultaram no surgimento de uma outra terminologia, essencialmente brasileira, denominada atenção básica à saúde (ABS), que nas entrelinhas traz a mesma proposta da APS. Na prática e nos discursos, esses termos se misturam e se confundem, pois ora a APS aparece como sinônimo de ABS, ora aparece como termos diferentes em sua definição, causando dessa forma uma “confusão” de ordem conceitual. Segundo Gil (2006), há experiências municipais que tratam do PSF como eixo estruturante da APS e outros da ABS, ora como sinônimos, ora como contraposição.

Os termos APS e ABS possuem o mesmo significado, sendo necessário explicar em que contexto ou momento histórico deu-se a necessidade de criar outro termo. Esta polissemia é vista tanto na literatura nacional como internacional. Desde Alma-Ata, várias derivações sugeriram como avanços ou adequações a proposta original, tais como: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada. Na verdade, o termo ABS foi criado para definir APS, tendo como principal estratégia o saúde da família, no contexto em que cuidados

primários tinham sido confundidos com medicina pobre, primitiva e focalizada (BRASIL, 2007).

No seu conjunto, os Secretários Estaduais de Saúde propuseram que o Programa de Saúde da Família (PSF) deveria ser estabelecido como a estratégia prioritária para o desenvolvimento da APS no SUS, sendo fundamental a promoção de sua articulação, integração e negociações entre os gestores e a equipes do PSF. Neste documento, ficou clara a visão do CONASS sobre a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação do modelo assistencial e não como um programa limitado de ações em saúde de baixa resolubilidade. O PSF foi considerado como “uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social” (BRASIL, 2007).

No Brasil, segundo Paim (2003) o MS tem utilizado a expressão ABS talvez com o intuito de evitar que se confunda APS com “atenção primitiva”, que traz a idéia de assistência simplificada e de baixo custo, criada apenas para tratar problemas simples e atender a população pobre. No documento oficial do MS, a atenção básica foi designada no âmbito do SUS para corresponder ao que seria APS no âmbito mundial, no sentido de construir uma identidade institucional própria, que rompesse com a visão reducionista do termo (BRASIL, 2005).

Sobrinho e Sousa (2002) complementa a idéia do autor quando traz que na literatura mundial, a terminologia de ABS não é adotada. Seu conceito usual é de APS, em função do pacto mundial estabelecido na Conferência de Alma-Ata. Fausto e Matta (2007) acreditam que a adoção da designação de ABS no Brasil foi feita para enfatizar a reorientação do modelo, buscando a integralidade e a universalidade como pilares importantes neste nível de atenção. Mas o termo APS não enfatizaria a reorientação de modelo?

Na política nacional de saúde, o termo ABS foi adotado a partir da Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/96. Sob o ponto de vista de alguns atores envolvidos na época, a escolha do termo ABS se deve a forte resistência de cunho ideológico ao termo APS, por toda a noção de seletividade que estava enraizada (FAUSTO e MATTÁ, 2007).

Entretanto, não podemos negar a importância histórica que esse termo agregou ao sistema de saúde brasileiro.

Na nossa compreensão, o vocábulo ABS é sinônimo de APS, sendo que o primeiro foi adotado no Brasil para desmistificar o cunho reducionista e simplificador de uma atenção primitivista e o segundo foi o termo original, tendo sido um marco histórico da Conferência Internacional de Alma-Ata. Porém, temos escutado que a ABS se refere às ações mais amplas, que envolvem desde a prevenção, promoção até a reabilitação e cura; e que a APS diz respeito às ações mais restritas ao campo da promoção e da prevenção da saúde, colocando-as não só como termos distintos, mas também, com definições diferentes.

Os próprios autores que trazem essa discussão, Andrade (1998), Mendes (2002a), Sobrinho e Sousa (2002), Paim (2003) e Fausto e Matta (2007) convergem no sentido da sinonímia entre esses dois termos: APS e ABS e tratam indistintamente, reconhecendo o valor internacional do termo APS e ao mesmo tempo destacando a descrição brasileira do termo ABS. Concordamos com esses autores, colocando que, ambas estão interligadas, se complementam e traduzem na sua estrutura de organização as ações referentes a promoção, prevenção, reabilitação e cura, não sendo nenhum desses aspectos propriedade particular de um ou de outro.

Em outro aspecto dessa dimensão conceitual, nosso pensamento diverge um pouco da justificativa trazida pelos autores acima citados sobre a adequação do termo APS e ABS. É questionável o fato de que o termo ABS adotado aqui no Brasil tenha de fato reduzido o seu valor para aqueles que sempre compreenderam este como uma atenção que exige pouca qualificação, que lida com problemas mais simples, destinado à população que não pode pagar por um plano de saúde.

Acreditamos que o termo ABS não se esgota. Ele também pode trazer uma visão restrita, dependendo da visão de quem o avalia. Pode significar para alguns, talvez não numa concepção primitivista, mas numa concepção de trivial, o básico, um nível que só oferece procedimentos ou atendimentos mais simples, mais básicos. Da mesma forma que a mudança ou adequação do termo isoladamente não fortalece, não garante ou enfatiza a mudança do modelo assistencial. Mais do que a opção por um ou outro termo, mudar ou reorientar um modelo tem necessariamente uma relação mais direta com a mudança de práticas.

A própria definição do vocábulo “primário” na língua portuguesa, como aponta Fausto e Matta (2007) traz uma dualidade de interpretações, onde o termo pode estar relacionado tanto ao aspecto primitivo quanto a algo que seja essencial, o que dificulta mais ainda um consenso a cerca dessa discussão conceitual. É necessário, portanto, contextualizar em que cenário político, ideológico, econômico e social este termo foi concebido ou adotado, ou ainda, que sujeitos sociais estão envolvidos nesse processo. Essa discussão teórica conceitual entre APS e ABS permanece até os dias de hoje entre os estudiosos na área de saúde coletiva.

Além da discussão da definição do termo, podemos considerar ainda as ambigüidades inerentes ao vocábulo, a partir das concepções e ideologias defendidas por alguns teóricos. Essas ambigüidades se apresentam de três formas: APS como atenção primária seletiva; APS como o primeiro nível de atenção do sistema de serviços de saúde e a APS como estratégia de organização dos serviços, podendo admitir mais de uma forma simultaneamente (MENDES, 2002a; PAIM, 2003; FAUSTO e MATTA, 2007).

Desde a época da Conferência Internacional em Alma-Ata, a APS era defendida numa perspectiva integral, porém, ainda existiam aqueles que a compreendiam num sentido mais seletivo. Embora essas tensões tenham existido, a APS foi compreendida nessa primeira visão, no qual consta em seu relatório.

Entende-se por atenção primária seletiva a execução de um programa específico, focalizado e excludente, na medida em que surge para atender as demandas sociais de classes pobres, por profissionais despreparados do ponto de vista técnico e utilizando tecnologias simples e de baixo custo, sem a garantia de referência para um nível de maior densidade tecnológica (MENDES, 2002a).

Sousa (2002b) reafirma a proposta focalizadora de atenção primária seletiva, destinada a solucionar problemas específicos de saúde em situação de pobreza e que ganhou força enquanto não era possível garantir atenção primária integral. Assim, o Brasil amadurece a proposta de atenção primária seletiva, porém, com uma concepção estreita de que esta deveria ser destinada a populações marginalizadas, ofertando tecnologias simples e baratas através de mão de obra pouco qualificada e desvalorizando a sua real importância.

O documento do MS coloca que a discussão do processo de trabalho em saúde atrelado ao racionamento de custos com tecnologias mais simples foram confundidas com

uma simplificação do conceito da execução de uma “medicina de pobres para pobres” BRASIL (1996). Ao mesmo tempo que apresenta caráter simplificador, a APS é entendida por outros como uma proposta racionalizadora, capaz de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde (SOBRINHO e SOUSA, 2007).

Em 1979, foi realizada a Conferência de Bellagio na Itália, em que se defendeu a proposta de atenção primária seletiva, haja vista, a inviabilidade de uma atenção primária integral, como havia sido idealizada em Alma-Ata. A concepção seletiva da APS foi criticada por se apresentar de forma focalizada e desvinculada das questões sociais do processo de adoecimento. Mesmo assim, ela perdurou nas décadas de 70, 80 e meados de 90, com resultado favorável a idéia seletiva (FAUSTO e MATTA, 2007).

Esse fortalecimento da APS seletiva, representado pela expansão de programas seletivos de APS, nada mais é do que fruto do apoio e interesse das agências internacionais, da crise econômica dos anos 80 e da emergência dos governos neoliberais, que visavam tão somente a oferta de serviços de baixo custo, a fim de reduzir os gastos públicos (FAUSTO e MATTA, 2007).

O Banco Mundial, por exemplo, defendia as “cestas básicas” que nada mais eram do que uma proposta focalizadora em que o governo deveria oferecer algumas ações essenciais de saúde às pessoas que não tinham condições de pagar por ela, tais como: pré-natal; vacinação e ações de promoção e prevenção que consistiam em tecnologias simples e de grande impacto. Nos anos 90, a OMS abandona a idéia de AP integral e propõe o novo universalismo, que era um meio termo entre AP integral e a AP seletiva, em que os governos deveriam arcar com ações mínimas mas que fossem de alta qualidade e oferecidas à toda população (FAUSTO e MATTA, 2007).

Essas adequações e conformações do termo APS propiciam questionamentos a respeito do aspecto seletivo, evidenciando que as medidas adotadas não resultaram na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços de saúde. Essa dimensão restrita de APS não acompanhou os avanços em termos do conceito ampliado de saúde, o quadro epidemiológico, o perfil demográfico e a complexidade de todos os determinantes envolvidos nesse processo. Busca-se de fato articular ou reformular um conceito que supere de fato a questão biológica (FAUSTO e MATTA, 2007).

A noção de seletividade é um dos aspectos conceituais mais fortes e difundidos, ou diria, defendidos, que a APS sofre hoje, enraizados pela história e transmitidos por alguns defensores, sejam eles teóricos ou não, como verdade absoluta para políticos, trabalhadores de saúde e usuários, que direta ou indiretamente usufruem do sistema mas não atribuem o devido valor, pelo estigma que essa palavra carrega ao longo de algumas décadas.

A segunda ambiguidade trazida por Mendes (2002a) é a da atenção primária à saúde como primeiro nível de atenção, em que ele coloca que trata-se de organizar a demanda de modo que funcione como porta de entrada do sistema, reforçando a resolubilidade neste nível de atenção sobre as necessidades de saúde mais comuns da população. Fausto e Matta (2007) complementam a afirmação quando colocam que este nível deve estar conectado com os demais níveis de assistência.

E a terceira e última ambiguidade seria a atenção primária como estratégia de organização do serviço, utilizando como ferramentas importantes a reordenação, a recombinação e a apropriação dos recursos do sistema, articulando a APS dentro de uma perspectiva integrada e em rede, com os demais níveis de atenção. Fausto e Matta (2007) colocam ainda que este deve garantir a efetivação dos princípios organizativos de um sistema de serviços de saúde. Nessa perspectiva, o PSF transforma-se em estratégia de reorientação do modelo de atenção.

Nessas três perspectivas, temos na primeira uma visão mais focalizada, na segunda uma visão mais limitada e restrita apenas ao primeiro nível e na última uma concepção mais ampla.

De maneira geral, o entendimento do conceito de APS se dá através da operacionalização e do conhecimento dos seis princípios ordenadores da APS, que são: primeiro contato; longitudinalidade ou continuidade; integralidade; coordenação; focalização na família e orientação comunitária. Mendes (2002a) coloca que só haverá uma atenção primária de qualidade, quando da compreensão e da aplicação desses princípios na sua totalidade. Fausto e Matta (2007) corroboram com Mendes (2002a) e Starfield (2002), quando da importância desses princípios, porém, só utilizam quatro desses princípios: primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação, discutido logo abaixo pelos dois autores.

Entende-se por primeiro contato a viabilização da APS como porta de entrada do sistema, onde o indivíduo, a família e a comunidade, deverão ter acesso aos serviços de saúde

(MENDES, 2002a; FAUSTO e MATTA, 2007). Sabe-se que nem sempre a porta de entrada, ou seja, o primeiro nível de contato é a APS, configurado através da Unidade Básica de Saúde, pois muitos procuram ainda o hospital, seja por desinformação da organização do sistema, seja por não considerar a UBASF como resolutive. Dessa forma, se faz necessário não colocar como porta de entrada no sentido mais taxativo ou rígido da palavra, mas de acolher esse usuário independente de sua porta de entrada, garantindo atendimento e o compromisso de reforçar a importância deste usuário retornar ao seu local de origem para ser acompanhado, onde devem ser estabelecidas as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Para Corbo, Morosini e Pontes (2007), a APS deve se constituir como porta de entrada, pois em tese, o médico do PSF é o profissional que está mais capacitado para resolver aquela necessidade de saúde, haja vista que conhece o contexto social e a realidade da comunidade em que ele está inserido. Dessa forma, o sistema de saúde passa a operar de forma mais racional e apenas serão encaminhados para os serviços de média e alta complexidade as situações que requerem esse tipo de atendimento.

Silva Junior e Alves (2007) colocam que a APS não pode ser compreendida apenas como porta de entrada do sistema, pois implica em oferecer uma atenção à saúde isolada, desqualificada e de baixa resolubilidade.

Se alguns autores trazem que a APS é capaz de dar resposta a 85% dos problemas de saúde de uma população, esta deveria dessa forma, se constituir como porta de entrada, pela própria garantia de capacidade resolutive. Apenas 15% seriam encaminhados para os outros níveis de atenção, quando não se conseguisse resolver aquela necessidade de saúde. Outros estudos internacionais, como demonstra Silva Junior (2006), apontam que 90% das necessidades de saúde são de natureza simples, podendo perfeitamente serem resolvidas na APS, enquanto que apenas 10% exigiriam intervenções de especialistas e serviços de maior complexidade tecnológica.

Com relação ao segundo princípio, o da longitudinalidade, Mendes (2002a) coloca que este se refere ao acompanhamento das famílias em todos os seus ciclos de vida e não somente em situações agudas, através dos cuidados de uma equipe de saúde. Alguns autores, como Fausto e Matta (2007) e Corbo, Morosini e Pontes (2007), complementam que para isso se faz necessário a delimitação da população e a construção de vínculos.

A integralidade, como terceiro princípio, é compreendido como o atendimento prestado pelas equipes à sua área adscrita nas necessidades mais comuns, sendo responsável também pelo encaminhamento para outros níveis de atenção. Deve-se reconhecer nesse processo a ligação entre os determinantes sociais e econômicos e os fatores desencadeantes ligados ao processo saúde-doença (MENDES, 2002a). Ressaltamos, que na APS, a variedade e a complexidade, do ponto de vista econômico, social, dentre outros, é muito maior do que nos demais níveis, necessitando de vários tipos de intervenções (STARFIELD, 2002).

Mendes (2002a) traz a coordenação como quarto princípio e que esta diz respeito a garantia da continuidade do atendimento (atenção). Fausto e Matta (2007) complementam que isso significa a responsabilidade por aquele determinado usuário, independente se ele esteja sob os cuidados em outros níveis. Starfield (2002) coloca que além disso, a coordenação da atenção significa a capacidade de um serviço em disponibilizar informações que tem como objetivo facilitar na solução da situação apresentada.

Alguns autores citam ainda, como princípios importantes na APS, a focalização na família e a orientação comunitária. O primeiro, significa mudar o foco de atenção do indivíduo para a família, entendendo que aquele sujeito faz parte de um contexto social e familiar e o segundo reconhece a necessidade da família, não de forma isolada, e sim a partir de um contexto, exigindo análise situacional.

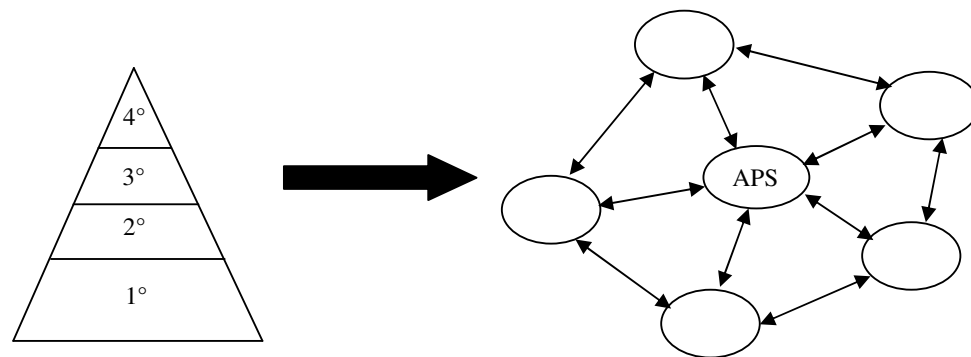
Fausto e Matta (2007) propõem ainda um outro princípio que seria a intersetorialidade como atributo importante na organização da APS, dada a complexidade do setor saúde, que sozinho não é capaz de responder as demandas sociais e econômicas que influenciam diretamente o processo saúde-doença.

Outra discussão referente a APS abrange as questões referentes à complexidade. Há quem considere que este por ser o primeiro nível de atenção, seja o menos complexo. Silva Junior e Alves (2007) colocam que a atenção terciária por deter no seu processo de trabalho o uso de todo um aparato tecnológico e se encontrar no topo da pirâmide, são considerados mais “complexos”, valorizados e resolutivos. Como há risco de vida, os aspectos biológicos são tidos como verdadeiramente científicos. Na APS, como não há risco de vida e os aspectos tecnológicos pouco são utilizados, é desvalorizada e simplificada quando na verdade a tecnologia se dá no campo de uma diversidade de saberes necessários para compreensão do processo saúde doença e das relações (tecnologias leves). A

complexidade está também no enfrentamento pelas famílias de sua diversidade econômica, social e cultural para alcançar melhorias na sua qualidade de vida.

Nos sistemas fragmentados, colocados por Mendes (2002b) a APS encontra-se na base da pirâmide. Neste sistema, os níveis de atenção são organizados de forma hierárquica e de acordo com sua complexidade, através de uma estrutura piramidal (Figura 1). Apresentam-se de forma isolada, desarticulada e incomunicáveis. Este tipo de ordenamento dos níveis reforça o conceito equivocado de complexidade. A partir dessa crítica, ele propõe um sistema denominado integrado, em que a organização se dá em forma de rede horizontal (Figura 1), tendo como ponto inicial a APS.

Figura 1. Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada dos serviços de saúde.



Assim, retomamos aqui a discussão de complexidade. De que complexidade estamos falando? Das tecnológicas, definidas por Merhy (2002) como aquelas que são simbolizadas por máquinas, aparatos tecnológicos, equipamentos, etc. ou aquelas tecnologias que permeiam o campo dos saberes e das relações? Será que lidar com o sujeito, entendendo-o como parte de uma família, que está inserida num contexto social e econômico, buscando promover a sua saúde, no qual exige conhecimentos interdisciplinares, habilidades e atitudes, é menos complexo que a atenção secundária e terciária?

Com todas essas dificuldades no enfrentamento de sua consolidação, a APS continua se apresentando no cenário internacional como um modelo que visa reverter o tradicional modelo hegemônico vigente centrado no enfoque curativo, individual e hospitalar

para um modelo preventivo, coletivo, centrado não só no indivíduo, mas na família e comunidade (FAUSTO e MATTA, 2007).

Mendes (2002a) coloca que a APS surge com o propósito de responder as necessidades de saúde da população através da organização e ordenamento dos serviços de saúde. Dessa forma, tende a superar o reducionismo conceitual, que de forma equivocada, a compreendem como oferta de serviços a populações pobres ou apenas como mais um nível do sistema, pois não há dúvida de sua superioridade quando exercida com qualidade e como pilar na organização de um sistema de serviços de saúde.

Apesar da negação da proposta de atenção primária quando entendida numa concepção mais ampla, estudos têm demonstrado a correlação entre uma atenção primária bem organizada associada a uma maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre os níveis de saúde (MENDES, 1995). É necessário, portanto, avançar na ampliação desse conceito mais do que a opção por um termo A ou B, para que de fato possamos avançar na qualidade dos serviços de saúde estruturados pela atenção primária.

2.1.3. Saúde da Família: uma estratégia de mudança do modelo assistencial que se consolida

Dentro de uma nova lógica, voltada para a mudança de modelos e reconstrução das práticas e como forma de atender a meta de “saúde para todos no ano 2000” (SPT-2000), estabelecida na Conferência Internacional de Alma-Ata, nasce então o Programa Saúde da Família, com a perspectiva de reorientação do modelo assistencial e hegemônico e como base para estruturar a atenção básica.

O PSF é uma estratégia que tem como objetivo implementar ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos inseridos num contexto familiar e/ou comunitário, com abordagem integral e contínua. O objetivo do PSF é reorientar o antigo modelo assistencial pautado na cura, na doença e no hospital, possibilitando reflexões e mudanças nas práticas a partir da sua compreensão ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 1997).

Além de buscar a reversão do modelo tradicional e a reorganização das práticas de saúde, traz a saúde para mais perto das pessoas, no sentido de aumentar o acesso uma vez que se pretende que o PSF seja a porta de entrada do sistema e com isso, melhorar a qualidade de vida das famílias. Essa mudança deve ocorrer em conformidade com os princípios do SUS, através de uma nova dinâmica de atuação nas práticas desenvolvidas em uma unidade básica (BRASIL, 1997; ANDRADE, 1998).

Não se propõe a uma estrutura verticalizada e paralela pois o que se busca é a integração entre os três níveis de atenção, não na perspectiva piramidal, mas sim em rede. Sua organização se dá com base territorial, aumentando a responsabilidade sanitária daquelas famílias de sua área adscrita e incorpora os princípios básicos do SUS: integralidade, universalidade, descentralização e participação comunitária (BRASIL, 1997).

Segundo Teixeira (2003), o saúde da família deixou de ser um programa com uma política focalizadora, uma vez que era destinada a populações excluídas, para ser uma estratégia de mudança no modelo de atenção ao SUS. Viana e Fausto (2005) discutem acerca da indagação do papel da atenção básica, se é focalista, atuando através de estratégias de combate à pobreza e às desigualdades sociais, ou se é universalista, favorecendo a maior equidade no sistema de saúde.

Estudos sobre a avaliação da implantação e funcionamento do programa realizados em 2000 pelo Ministério da Saúde apontaram que apesar de haver avanços enquanto estratégia de reorganização da atenção básica podem ser apontadas também algumas limitações, tais como: falta de entendimento dos gestores, alta rotatividade dos secretários municipais e estaduais de saúde, infra-estrutura precária das Unidades de Saúde da Família, dupla militância de médicos, condições de trabalho e vínculos empregatícios precários, insuficiência de profissionais e formação inadequada e dificuldade institucional de absorver o novo modelo (PAIM, 2006).

Se levarmos em consideração que antes da implantação do PSF no Brasil milhões de pessoas eram desassistidas, ou seja, não tinham acesso aos serviços de saúde, poderemos compreender que esta estratégia de fato abriu as portas para a saúde entrar em todas as residências brasileiras. Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB)/ Ministério da Saúde (MS) no Brasil temos hoje 29.300 equipes de saúde da família, implantadas em 5.235 municípios e cobrindo 49,5% da população. Com relação as regiões, o Nordeste e o Centro-

Oeste são as que apresentam maior cobertura de equipes de PSF, respectivamente, 70,6% e 48,2%. No Ceará, são 1705 equipes atuando nos 184 municípios do estado, o que implica numa cobertura de 67,2% da população. Esses dados representam o quanto avançamos, em termos quantitativos, na expansão do PSF (ANEXO I) (BRASIL, 2008)

Embora se reconheça o crescimento da estratégia saúde da família no país, o maior desafio se constitui em viabilizar-se como estratégia estruturante nos grandes centros urbanos, pois ao mesmo tempo que cresce, revela importantes fragilidades imbricadas no processo de mudança (GIL, 2006).

Ainda que essa expansão não signifique a certeza das mudanças no conteúdo das práticas e na forma de organização dos processos de trabalho, não podemos deixar de reconhecer nela a importância enquanto proposta de reversão do modelo assistencial, muito embora ainda haja um longo caminho a percorrer.

2.1.3.1. Um breve resgate histórico do surgimento do Saúde da Família no Brasil e no Ceará: de programa à estratégia

O Programa Saúde da Família é entendido como uma estratégia integrada de atenção primária e, por isso, usa-se essa denominação de estratégia e não de programa, ainda pouco difundida na literatura, pelo fato da palavra “programa” referir-se a um conjunto de ações mais verticais, com começo, meio e fim, não atendendo ao princípio de uma política maior, permanente, que vise à reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

O nome programa cada vez mais se torna insuficiente para definir o que o Saúde da Família encerra, mas ainda é o termo formal e convencionalmente aceito. Isso não significa, como reafirma Mendes (1999), que a expressão “Programa Saúde da Família” não possa ser utilizada, pois é incontestável que a sigla PSF já se consolidou, constituindo-se numa boa marca política. O importante é falar de PSF entendendo como uma estratégia e não como um programa.

Como a maioria dos aspectos referentes ao PSF serão discutidos nos capítulos de análise, iremos nos focar neste momento a uma breve trajetória histórica, trazendo experiências importantes que culminaram no surgimento do PSF. Este resgate histórico acerca do surgimento do PSF no Brasil e no Ceará é importante para entendermos que este programa,

apesar de ter se efetivado em 1994 como proposta do Ministério da Saúde, não tem origem recente. Ao contrário, provém de experiências anteriores, as quais possibilitaram a construção, o aperfeiçoamento e a expansão desse novo paradigma de atenção à saúde.

Uma dessas experiências, conforme Chaves (1983) e Trad e Bastos (1998), ocorreu ainda na década de 60, na cidade de Murialdo, em Porto Alegre, quando já se tinha notícia de um modelo de atendimento médico com foco em comunidades consideradas de risco social e sanitário. A Unidade Sanitária Murialdo trabalhava conceitos de atenção continuada junto às famílias, nos postos de saúde, bem como nos domicílios, com delimitação da clientela. Buscava-se também lançar mão não somente de um modelo clínico, mas também de práticas sanitárias, valorizando hábitos, costumes e a cultura da comunidade local.

Também em Porto Alegre, em 1983, foram implantados os postos de Medicina Comunitária do Hospital Conceição, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) que compõem-se de quatro unidades hospitalares, que funcionam integralmente para o SUS. As atividades realizadas incluíam visitas domiciliares, consultas agendadas, mobilização comunitária e grupos de auto-ajuda, através de uma equipe multidisciplinar. Essa experiência em APS merece destaque por ter sido desenvolvida numa estrutura hospitalar, com forte apoio popular, num processo em que o município estava enfrentando muitas diversidades quanto ao processo de descentralização (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Para Silva (2003), esse foi o exemplo mais próximo do atual modelo de atenção básica em saúde da família. Nessa experiência, os serviços de saúde ambulatoriais foram descentralizados em postos de saúde existentes diretamente em comunidades de baixa renda da capital riograndense. A formação dos profissionais de saúde, a partir dessa experiência, também era voltada para o trabalho em comunidades, ficando claro que a proposta de atuação em saúde da família não é recente.

Entretanto, alguns autores consideram que a criação do PSF no Brasil foi antecedida pela experiência de Niterói-RJ, no início da década de 1990. Nesta época, houve um intercâmbio científico e técnico entre as autoridades locais e de Cuba, no qual se buscaram discutir e propor intervenções para conter epidemias e avaliar o modelo assistencial de atenção à saúde em Niterói, onde ocorreram epidemias de dengue e meningite. Assim,

criou-se o “Médico de Família” em Niterói, com forte influência do modelo de atenção básica de Cuba (FMSN, 1992; VASCONCELOS, 1998; CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Neste programa, a equipe de saúde é constituída por um médico generalista e por um auxiliar de enfermagem, sendo que este último é recrutado da própria comunidade e treinado pelo médico no serviço. Os ACS não fizeram parte dessa experiência. O trabalho é realizado em horário integral, nas unidades ambulatoriais, nas visitas hospitalares à pessoas internadas e nos domicílios (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Foi implantado e organizado de tal modo que se pudesse dar conta de 900 a 1200 pessoas, focando-se nas populações de baixa renda. Dentre os objetivos, podemos citar:

(...) o diagnóstico precoce das enfermidades e das deficiências; o respeito e o estímulo da troca de saberes, de modo a propiciar a mudança do quadro sanitário da população; o incentivo à participação da população na conquista de seus direitos de cidadania; a promoção das práticas de educação em saúde (...) (FMSN, 1992).

Conforme Andrade (1998), no Ceará, no início da década de 90, ocorreram as primeiras discussões sobre a idéia de se implantar no estado um programa de médico de família, fruto das experiências positivas de outros países e estados brasileiros que adotaram esse modelo como forma de reverter o modelo assistencial vigente, hegemônico e centrado na doença.

O início da discussão da proposta para implantar um programa de médico de família no Ceará data de 1992, por ocasião da construção do plano de saúde que seria desenvolvido em Fortaleza, na perspectiva da universalização da atenção primária para os grupos populacionais mais vulneráveis, envolvendo os agentes de saúde e incorporando as Unidades Básicas de Saúde da Capital (SILVA, 1999).

Após essas discussões, o município de Quixadá encaminhou ao Ministério da Saúde, em outubro de 1993, um projeto intitulado “Saúde da Família”. A assessoria do Ministério da Saúde (MS) discutiu acerca do projeto, contando com a participação do então secretário de saúde de Quixadá, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, hoje, atual Secretário de Saúde do município de Fortaleza. A proposta foi vista com bons olhos e o apoio se estendeu não só àquele município, mas com ele a idéia de expansão em todo o Brasil. No final de 1993, o MS realizou um grande encontro para tratar da então proposta de saúde da família, contando inclusive com o apoio de alguns técnicos do estado do Ceará (ANDRADE, 1998).

No Ceará, os municípios de Quixadá, Jucás, Cascavel, Fortim, Icó e Beberibe foram os primeiros a aderirem à proposta e iniciarem o programa em junho de 1994, com a assessoria e acompanhamento da Secretaria Estadual de Saúde (GOYA, 1996; MENDES, 2002).

A proposta do PSF, no estado Cearense, resgatou a rica experiência dos agentes de saúde que vinha sendo desenvolvida como política de âmbito estadual, desde 1987. A primeira experiência de ACS como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança. Esta estratégia expandiu-se rapidamente no estado, atingindo praticamente todos os municípios em três anos, sendo encampada pelo Ministério da Saúde (MS) nos mesmos moldes, em 1991, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Como resultado da ação dos 8.023 agentes de saúde em atividade, no ano de 1994, as enfermeiras e médicos do recém-criado PSF encontraram solo fértil para a efetiva implantação do programa no estado (CEARÁ, 1995). A partir daí, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) passou a ser incorporado pelo PSF, sendo considerado, portanto, como um antecessor do PSF (VIANA e DAL POZ, 1998).

Dentro dessa mesma concepção, Mendes (2002a) identifica as influências dos diferentes modelos de Medicina Familiar no Canadá, em Cuba e na Inglaterra, no Saúde da Família, mas reconhece que suas origens estão no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987.

Trazendo um pouco a discussão das práticas no PSF, embora não seja nosso foco mas que atravessa o nosso objeto de estudo, a então proposta já expressava no seu conceito, desde a sua implantação em 1994 pelo MS, o objetivo de reorganização da prática assistencial.

Para organização dessas práticas, o MS (BRASIL, 1997) elencou os princípios norteadores sob os quais as equipes deveriam atuar, quais sejam:

- Caráter substitutivo: compreende a substituição das práticas convencionais pelas práticas inerentes a vigilância a saúde;

- Integralidade e hierarquização: se constitui em garantir acesso integral em todas as instâncias a partir da organização de três níveis: primário, secundário e terciário, onde o primeiro nível seria a porta de entrada do sistema;
- Territorialização e adscrição da clientela: trabalha sob a lógica da delimitação de um território;
- Equipe multiprofissional: composta por um médico generalista, um enfermeiro, um dentista (desde 2000), um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 ACS;

Alguns limites e contradições, a partir desses princípios, são colocados em discussão por autores como Franco e Merhy (2007), estabelecendo uma análise crítica e a correlação com a prática vivenciada pelas equipes de PSF.

O PSF, por trazer no seu discurso a promoção e prevenção da saúde como prioridade, tem deixado a prática clínica um pouco de lado, sendo alvo de grande polêmica no campo da Saúde Coletiva. De quem seria a responsabilidade do atendimento clínico? No PSF só lidamos com pessoas saudáveis? E quando os processos mórbidos já estão instalados?

Desta forma, Merhy (1994) coloca que o PSF perde seu potencial transformador quando se deixa levar por regulamentos e normas prescritivas, idealizados nos moldes da vigilância à saúde, sem flexibilizar a sua prática. Essa dicotomia entre saúde coletiva e individual só vem a fortalecer o projeto neoliberal privatista.

Outro problema encontrado se refere ao atendimento da demanda espontânea (DE). Definido como porta de entrada do sistema, a atenção básica nem sempre esteve de “porta aberta”. Para alguns, pode ser uma “porta de saída”. Entende-se como DE na atenção básica todo e qualquer usuário que procure o serviço sem estar agendado e/ou que não se enquadre nos grupos estipulados pelos Programas de Saúde Pública.

Podemos citar dois frequentes problemas com a DE. Primeiro, diz respeito ao princípio da adscrição da clientela. Como se trata de DE nem sempre estes usuários pertencem aquele território de responsabilidade sanitária da equipe. O que fazer diante deste problema: atender e encaminhar para a sua área adscrita? Não atender e orientar a procurar a sua unidade? Ou simplesmente atender e correr o “risco” de abarcar uma demanda (que é infinita) que não é sua?

Esse é um problema de ordem estrutural e é preciso ser destacado, pois nesta situação foge um pouco da governabilidade ou do controle das equipes. Não se trata de estabelecer “cercas”, mas de delimitar e acompanhar uma determinada área a fim de fortalecer o vínculo, facilitar o “controle” e o acompanhamento das famílias. Até mesmo porque se quer estabelecer o vínculo é necessário que esses usuários recorram as suas unidades de origem, salvo algumas particularidades, como por ex., por falta de médico na equipe.

A segunda questão trata-se da demanda da área de atuação da equipe. De fato, muitas equipes não têm organizado seus cronogramas de atividades de maneira que possam incluir a DE, seja por não conseguirem dar conta dessa demanda, que é crescente e contínua, seja pelo “vício” de atender somente os programas preconizados pelo MS na qual não contempla a DE. Ou seja, se o usuário não é portador de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose ou se não é criança, nem está gestante, não há como encaixá-lo no atendimento.

O problema se agrava mais ainda quando as equipes resolvem estabelecer um dia específico para cada programa desses (poderia ser uma forma de organizar a demanda por grupos para facilitar o atendimento e as sessões educativas), sem que para isso haja flexibilidade no atendimento. Por exemplo, se um portador de diabetes vai a Unidade de Saúde em um dia que não estava agendado sua consulta ou que no cronograma não era dia de atendimento do diabetes, ele não pode ser atendido.

Acontece que os usuários são sujeitos e não apenas portadores de patologias específicas. Os serviços de saúde não estão (ou não querem) estar preparados para isso. É preciso desburocratizar os serviços. Como então chamar de porta de entrada? A porta de entrada muitas vezes tem sido os hospitais, porque as Unidades Básicas de Saúde não tem correspondido às necessidades sociais da população, não tem garantido resolubilidade ao sistema. Segundo Merhy (1994) essa mudança só vai acontecer quando o modelo for usuário centrado.

Segundo dados do MS que datam de 2008, há no país 43.690 unidades ambulatoriais e 41.981 unidades de saúde. A primeira inclui clínica especializada/ambulatório especializado (24.560), unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia (14.972) e policlínicas (4.158), enquanto a segunda, inclui os centros de saúde/unidades básicas de saúde (30.867) e postos de saúde (11.114). No Brasil, há uma média de 01 UBS para cada 5.424 hab, sendo que o preconizado pela OMS é de 01 UBS para 20.000 hab. Temos, portanto, um

equipamento importante para subsidiar a operacionalização desse novo modelo de saúde, que está sendo subutilizado por não ser dado a devida importância (BRASIL, 2008).

A forma de organização do trabalho através de equipes multiprofissionais é outro nó crítico, pois na prática temos visto uma rede de diferentes categorias profissionais que trabalham de forma isolada, embora componham uma equipe, cada um fazendo o que lhe cabe, sem transversalizar o atendimento para além de suas competências técnicas. É preciso romper com a dinâmica médico-centrada. O fato de existir uma equipe não nos dá a garantia de que o trabalho não esteja fragmentado (MERHY, 1994).

E isso se deve, em parte, aponta Franco e Merhy (2007), porque a aposta nessas mudanças estão centradas na estrutura e não nos microprocessos de trabalho em saúde, quer seja no atendimento dentro do consultório, nas visitas domiciliares, nas palestras educativas, nas reuniões de equipe, nas campanhas de vacinação, ou enfim, nos fazeres de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

Os autores colocam ainda uma discussão em torno das visitas domiciliares compulsórias, sinalizando dois tipos de problemas graves. Primeiro, eles fazem menção as visitas que são realizadas por profissionais sem indicação explícita, por serem consideradas pouco eficientes. Neste momento, iremos discordar, já que essa afirmação não se configura com frequência na prática pois as visitas geralmente, salvo as situações de emergência, são agendadas. Dessa forma, com o agendamento prévio e o conhecimento de área tanto por parte do ACS quanto dos outros profissionais, a visita tem seu valor. Sabe-se a priori, na maioria das vezes, quem vai ser visitado, onde mora e porque será visitado.

Um outro aspecto das visitas domiciliares compulsórias, trazido por esses autores, é de que estas podem significar invasão de privacidade. Concordamos em parte, já que o fato de adentrar nessas residências incide realmente na “intromissão” do cotidiano dessas pessoas: seu modo de vida, seus hábitos, suas relações com os outros membros, enfim, um mundo de coisas. Mas por outro lado, nós visualizamos como uma “intromissão permitida”, se é que podemos chamar assim. Pois essas visitas ocorrem, na maioria das vezes, solicitadas pelos próprios usuários, ou seja, eles se permitem serem “invadidos” por questões maiores ou prioritárias que são seus problemas de saúde. As visitas ocorrem também porque existe uma relação de confiança entre profissionais e usuários. Ninguém vai abrir a porta da sua casa para alguém que não conhece ou não confia.

Não podemos esquecer também dos custos/financiamento do programa que também refletem nas práticas. Alguns gestores e profissionais acreditam que salários altos são suficientes para garantir um bom atendimento (MERHY, 1994). Não desconsiderando a importância deste critério para gerar satisfação no trabalho, ele por si só não dá conta de gerar resultados satisfatórios, pois um bom atendimento, com atitude acolhedora, está intrínseco na formação (não só a acadêmica) de cada sujeito, mas também nos próprios princípios e visão de mundo que estes receberam em seu âmbito familiar. Se esse critério fosse o principal, teríamos profissionais que dispõem de altos salários e atendendo bem, e não é isso o que acontece na prática.

A idéia de generalista, dada ao profissional médico, remete a idéia incorporada do PSF de integralidade e longitudinalidade, já que este profissional deve estar preparado para atender a todos os grupos populacionais: criança, adulto e idoso. Porém, este profissional não consegue por si só implementar mudanças nas práticas, pois a grande maioria de especialistas em medicina não o são em medicina de família. Seria mais adequado, como propõe, Franco e Merhy (2007), absorver as outras especialidades, sem perder de vista a essência de modelo assistencial que o PSF propõe na prática.

A gestão do PSF tem engessado a sua prática na medida em que não permite por seu caráter normativo e prescritivo, a construção de modelos alternativos. Sem contar o aspecto punitivo induzido pelo MS, quando se refere ao não repasse de recursos, caso estas normas não sejam seguidas (FRANCO e MERHY, 2007).

Em relação ao espaço de atuação ser voltado para o acompanhamento de famílias, traz alguns comentários de ordem conceitual. O próprio dicionário Aurélio traz o conceito de família como sendo: “pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos”; “comunidade constituída por um homem e uma mulher, unidos por laço matrimonial e pelos filhos nascidos dessa união”. Esse é o modelo de família tradicional, mas nem sempre este é o núcleo familiar que nos deparamos. Por isso devemos ter o cuidado quando nos reportamos ao conceito de família.

Assim, não há dúvidas de que no PSF existe a predominância de um caráter prescritivo e burocratizador. Diante deste fato, espera-se que com essas discussões os profissionais possam refletir sobre suas práticas e assim ignorar de forma parcial algumas

dessas normatizações, optando por uma forma mais criativa de intervir na saúde das pessoas e que seja adequada a realidade de cada território social.

Este limite impõe de certa forma um comodismo a alguns profissionais, já que inventar abordagens e ser criativo não é tarefa fácil. Exige um constante entusiasmo por parte daqueles que o fazem. Além disso, exige a vaidade e a comodidade de preferir, muitas vezes, se isolar em seus núcleos de competência.

Para de fato se alcançar mudanças efetivas na prática, é preciso repensar todas essas questões aqui discutidas que permeiam o processo de trabalho. O fato de existir PSF numa determinada unidade, ou município, não significa que o modelo de saúde esteja sendo modificado. Isso porque depende de muitos fatores e dizem respeito ao modo de agir dos profissionais e das relações que eles guardam entre si e com outros usuários. Outros fatores como a gestão merecem destaque dentro desse processo de mudança. É preciso resgatar o potencial transformador que este programa propõe.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Nossos conhecimentos são apenas aproximações da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independentemente de nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma uma unidade dialética indivisível (Lukács *apud* MINAYO, 1994a: 228).

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo analítico e crítico de abordagem qualitativa. A investigação de cunho qualitativo, segundo Minayo (2007), adequa-se especialmente aos estudos que envolvam relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; representações e historicidade; crenças e valores culturais; percepções; sentidos e significados; categorias que se originam das interpretações humanas e sociais, bem como das experiências e interações vividas.

A realidade é formada por uma multiplicidade de processos sociais (VICTORA et al, 2000). O estudo qualitativo possibilita o desvelamento desses processos sociais referentes a categorias humanas, grupos, instituições e comunidades, permitindo a articulação entre teoria e a criação de novos conceitos e categorias como consequência da investigação (MINAYO, 2007).

Assim, a pesquisa qualitativa considera, em seu objeto de estudo, as relações e estruturas sociais, a intencionalidade, os sentidos e significados, como sendo frutos da construção humana e através dela existe a possibilidade de investigar os fenômenos sociais, buscando regularidades, frequências e tendências, mas também relações, representações, pontos de vistas, histórias e a lógica interna dos sujeitos (MINAYO, 2006).

Víctora et al (2000) chamam atenção para a complementaridade necessária entre a o problema da pesquisa e a metodologia empregada, argumentando que há uma via de mão dupla: se por um lado o problema da pesquisa vai exigir o uso de uma metodologia específica, esta, por outro lado, também vai influenciar no objeto de estudo.

Enquanto a pesquisa quantitativa trabalha com mensuração, frequência, descrição de variáveis, utilizando grande número de sujeitos de pesquisa e priorizando a extensão, em detrimento da profundidade; a investigação qualitativa trabalha com um número menor de sujeitos, no entanto proporciona uma maior profundidade no que se refere ao objeto de estudo, através do estudo de elementos não quantificáveis, inclusive de comportamentos não verbais (VÍCTORA et al, 2000).

Este tipo de pesquisa foi considerado o mais adequado ao nosso objeto de estudo, pois atenderá às necessidades emergidas dos objetivos em questão, tendo em vista que buscamos estudar a conformação da organização do PSF desde a sua implantação até o contexto atual, fazendo-se necessário trazer de forma crítica os elementos imprescindíveis

para sua análise que agreguem a historicidade, a cultura, as relações entre os sujeitos, e, por fim, a implementação de políticas públicas.

Os objetivos desse estudo implicam ações tais como compreender e analisar, as quais exigem um certo nível de aprofundamento ao qual somente a pesquisa qualitativa permite chegar. Implícito a esses objetivos, encontra-se a necessidade de se investigar sentidos e significados acerca da implantação da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza-CE, sua dinâmica de funcionamento e as interações humanas que se estabelecem nesse propósito. O aprofundamento do problema da pesquisa permitirá elaborar conceitos e categorias teóricas no que se refere aos modelos de atenção à saúde, aos desafios de se implantar o PSF em grandes centros urbanos, às relações entre os profissionais de saúde visando ao funcionamento da estratégia, dentre outros.

3.2. Contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, mais especificamente em seis Centros de Saúde da Família. Para melhor visualização destes cenários, realizamos três recortes: o primeiro, voltado para o município de Fortaleza, relatando um pouco da sua história, estrutura organizacional da SMS e avanços da atenção básica; o segundo, o campo de investigação propriamente dito, em que caracterizamos os CSF em estudo; e o terceiro, o processo de como se deu a seleção do campo empírico.

Fortaleza é a capital do estado do Ceará, sendo hoje a quarta maior cidade do país com população estimada pelo IBGE de 2.458.545 habitantes em 2007, ficando atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador. Possui IDH de 0.786 (IPECE/PNUD/2000); um PIB de R\$ 22.537.716.000,00 (IBGE/2006) e um PIB per capita de R\$ 9.325,00 (IBGE/2006). Esse total representa 48,66% do PIB do Ceará.

Para melhor contextualizarmos nosso município no cenário nacional, destacam-se ainda alguns indicadores sociais importantes, tais como: taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos de 20,64 (SESA/2005); esperança de vida ao nascer de 69,93 (PNUD/2000); taxa de alfabetização de 88,80 (PNUD/2000); e renda per capita de 306,70 (PNUD/2000).

O município de Fortaleza (Figura 2) está localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km². Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico e o

município de Caucaia, a leste com o Oceano Atlântico e os municípios de Eusébio e Aquiraz; ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba, Itaitinga e Eusébio e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (FORTALEZA, 2006a, 2006b). A região metropolitana de Fortaleza (RMF) é composta por 13 municípios: Aquiraz, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiuba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante.

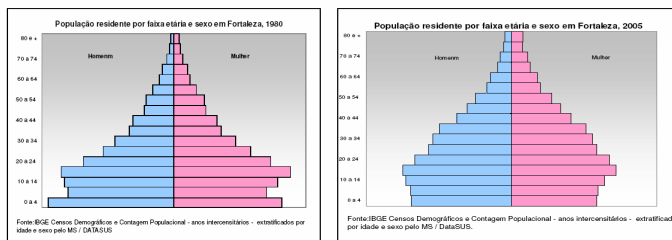
Figura 2 - Mapa de Fortaleza e Região Metropolitana



Fonte: SMS/APLAN (GEO)

É uma cidade que cresce verticalmente, principalmente na zona litorânea. Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos. Apesar de ter população predominantemente jovem, essa situação vem mudando com o aumento progressivo da população idosa. A população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do total (Figura 3). Observamos ainda um crescimento das doenças crônicas e da violência em detrimento das doenças infecciosas, apontando para novo cenário epidemiológico (FORTALEZA, 2006a, 2006b).

Figura 3 – Pirâmide Populacional de Fortaleza



Transição Demográfica: Gradativo envelhecimento da população, devido à redução da natalidade, à diminuição da mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida.
Transição Epidemiológica: Substituição das doenças infecciosas pelas doenças não infecciosas e outros agravos e violências.

O município de Fortaleza desenvolveu-se sobre suaves ondulações litorâneas, às margens do Rio Pajeú. Localizam-se em sua região metropolitana 16 bacias hidrográficas, sendo as mais importantes as dos rios Ceará, Pacoti, Cocó e Maranguapinho. Juntas, elas somam uma extensão de 336Km². A cidade abriga ainda dez lagoas: Jacareí, Sapiranga, Itaperaoba, Porangabussu, Maria Vieira, Messejana, Parangaba, Maraponga, Mondubim, Opaia (FORTALEZA, 2007).

A topografia suave do relevo das terras de Fortaleza permitiu um traçado ortogonal, quase perfeito, de suas ruas, especialmente das que formam o Centro de Fortaleza. Estas características a tornam uma cidade de fácil orientação para os que a visitam. O clima é predominantemente equatorial e intertropical, favorecido por suave e constante brisa vinda do mar, que proporciona uma temperatura média de 27°. As chuvas são mais frequentes nos meses de janeiro a julho, numa média anual de aproximadamente 1.600mm (FORTALEZA, 2007)

Fortaleza tem um comércio muito atuante e diversificado, que em nada fica a dever aos maiores centros do país. Além do comércio do centro da cidade, dispõe de 10 shopping centers que atendem aos consumidores de seus principais bairros. Sua produção industrial está basicamente centrada nos ramos de vestuário, calçados, artefatos de tecidos, couros e peles, alimentos, extração e beneficiamento de minerais não-metálicos e produtos têxteis (FORTALEZA, 2007)

Houve um significativo crescimento no turismo a partir de 1995, culminando em um crescimento de 16,5% ao ano entre 1995-1999. Os resultados desse dinamismo repercutiram no aumento de emprego e renda no setor de hotelaria, de prestadores de serviços

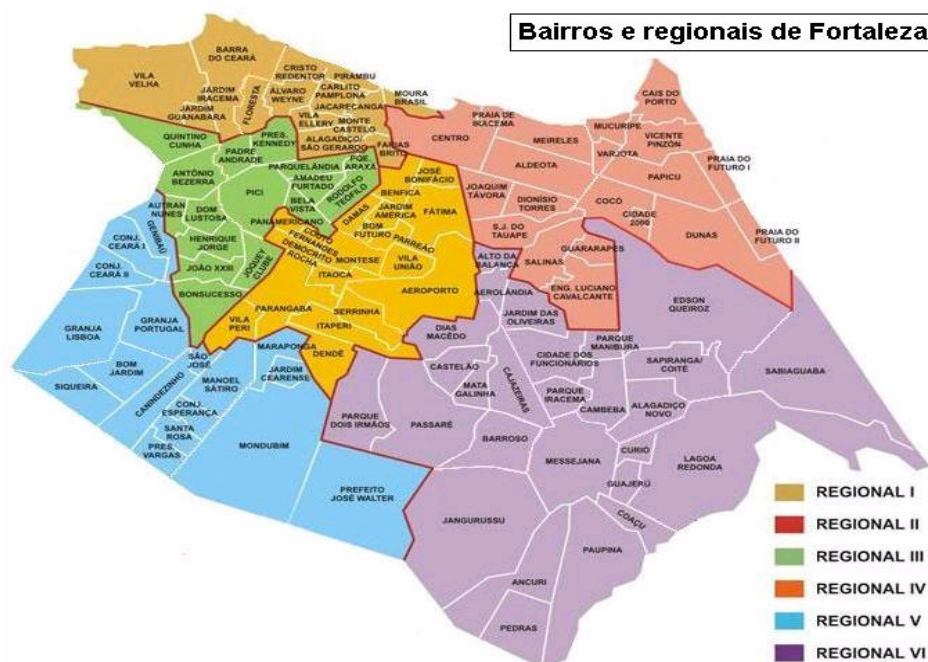
de alimentação, transporte, diversão, produtores e comerciantes de artigos regionais e de artesanato (FORTALEZA, 2007)

As manifestações folclóricas cearenses têm suas raízes na miscigenação das crenças e costumes dos brancos e negros que chegaram nos primórdios da povoação com as tradições indígenas. As manifestações folclóricas cearenses mais conhecidas são: Bumba meu-boi ou Boi-Ceará (cantos e danças de culto religioso ao boi, de tradição lusuibérica); Dança do Coco (originária dos negros, sendo que no litoral é somente para homens e no sertão é dançada aos pares); Torém (dança indígena originária dos Tremembés); Maracatu (de origem africana, consiste num cortejo dançante e homenagem aos reis); Violeiros, Cantadores e Emboladores (manifestação musical, na maioria das vezes expressando críticas sociais. É de origem tipicamente nordestina) (FORTALEZA, 2007).

De acordo com o Relatório de Gestão de 2006, o município de Fortaleza está dividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais (Figura 4). No sentido de instituir uma administração descentralizada, cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infra-Estrutura (FORTALEZA, 2006a, 2006b).

Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas seis SERs, através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (FORTALEZA, 2006a).

Figura 4. Mapa de Fortaleza e Secretarias Executivas Regionais



Fonte: SMS/APLAN (GEO)

O Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, sendo referência em âmbito micro e macrorregional e em espaços interestaduais. A gestão do Sistema, em âmbito local, é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2006a).

O município de Fortaleza dispõe de 2.269 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos quais 86 (3,79%) são classificados como unidades hospitalares; 566 (24,94%) são classificados como ambulatórios especializados que englobam as unidades de apoio, diagnose e terapia, clínicas e policlínicas; 90 (3,97%) são Unidades Básicas/Centro de Saúde; 1495 (65,98%) são consultórios isolados, que representam a grande maioria. Os demais, incluindo farmácias, pronto-socorro, unidades de vigilância à saúde, unidades móveis de urgência e emergência e cooperativas, totalizam 30 (1,32%).

Destes 2269 estabelecimentos de saúde inscritos no CNES, 149 são públicos (7%) e 2.120 são privados (93%). Dos 149 estabelecimentos públicos, 122 são da esfera administrativa municipal (82%), 22 da estadual (15%) e 5 (3%) da federal. Dos 2269, 142 (6%) estão sob a gerência direta de uma das esferas governamentais de gestão do SUS e 2082 (92%) são empresas privadas. Os demais totalizam 45 (2%), incluindo autarquias, estabelecimentos da marinha e do exército, cooperativas, organizações sociais, entidades filantrópicas, fundações e sociedades de economia mista. Dos 122 (82%) estabelecimentos públicos municipais, 73% são do tipo Unidades Básicas/Centro de Saúde, das quais 14 são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2005, o município dispunha de apenas três CAPS cadastrados no CNES. Os demais (18%) são unidades de vigilância em saúde e estabelecimentos de média e alta complexidade (FORTALEZA, 2006a).

Segundo relatório de gestão 2005/2006 e plano municipal 2006-2009, a rede hospitalar municipal é formada por uma unidade de nível terciário (Instituto Dr. José Frota - Centro) e oito hospitais de nível secundário, sendo quatro hospitais gerais com ênfase no atendimento materno-infantil (“Gonzaguinhas” e Hospital Nossa Senhora da Conceição), três hospitais de urgência (“Frotinhas”), um hospital infantil - Centro de Assistência à Criança Lúcia de Fátima. Todos atuam de forma desarticulada, com ênfase na competitividade.

Atualmente, em Fortaleza, existem 90 unidades de saúde, transformadas em Centros de Saúde da Família (CSF), distribuídas em 06 Secretarias Executivas Regionais (SER). O PSF foi implantado em 1999, porém sua expansão se deu em 2006, quando foram implantadas 304 equipes, distribuídas em todo o município, conforme podemos observar no Quadro-I abaixo. Cada unidade de saúde possui em média de 02 a 04 equipes de saúde da família.

QUADRO-I. Número de equipes de saúde da família e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, por Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE. 2006.

SER	No. de equipes	População	Cobertura (%)
I	36	383.896	33
II	38	351.965	38
III	63	384.327	58
IV	33	293.261	39
V	64	511.143	44
VI	70	492.327	50

Fonte: Célula de Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde.

A pesquisa foi realizada em seis CFS distribuídos nas seis SERs. Foram utilizados nomes fictícios para estes centros a fim de preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa. Para tanto, disponibilizam-se algumas informações sobre os CSF selecionados, com o objetivo de melhor situar o leitor no cenário de nosso estudo, conforme o Quadro II, observado logo abaixo:

QUADRO- II. Dados sobre os Centros de Saúde da Família selecionados no estudo. Fortaleza-CE. 2008.

Regional	Área total	População (hab)	CSF selecionado	População (hab)	No. de equipes do CSF	Equipes de PSF após 2006
I	2.538,2 ha	340.134	Clarice Lispector	56 mil	02	01
II	4.933,8 ha	311.842	Fernando Pessoa	11 mil	02	02
III	2.778,0 ha	340.516	Raquel de Queiroz	14 mil	04	02
IV	3.427,0 ha	259.831	Patativa do Assaré	17 mil	04	01
V	6.344,7 ha	452.875	Pablo Neruda	60 mil	04	04
VI	1.343,0 ha	438.088	Cecília Meireles	48 mil	03	03

Fonte: informações coletadas pela pesquisadora durante a pesquisa junto aos sujeitos entrevistados e no site da SEINF (Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano e Infra-estrutura). Fortaleza-CE. Abril/Junh-2008.

Inicialmente realizamos um levantamento de todos os Centros de Saúde da Família (CSF) existentes nas seis Secretarias Executivas Regionais. Por telefone, buscamos a informação do número de equipes e o quantitativo de trabalhadores de saúde de cada equipe por unidade. Consideramos, dessa forma, um dado mais fidedigno. Encontramos algumas dificuldades nessa caminhada, pois embora a pesquisadora, no momento da entrevista, se identificasse e colocasse o propósito do estudo, alguns sujeitos, principalmente os coordenadores, se mostraram receosos em transmitir a informação, provavelmente por medo de represálias, já que estávamos em um ano de eleições municipais, e estes sujeitos ocupam cargos comissionados.

Selecionamos, de forma aleatória, um CSF de cada uma das seis SERs do município de Fortaleza, totalizando, portanto, seis CSF. A escolha de um CSF por SER se justifica a fim de contemplar diferentes realidades. Como critério de inclusão, estabelecemos que seriam sorteadas três unidades com equipes de PSF desde a implantação em 1998, quando foram formadas as primeiras equipes, e três unidades que não tinham PSF e que foram implantadas após o concurso em 2006.

Dessa forma, acreditamos que se possa ter uma aproximação mais fiel de todo esse processo de mudança e evolução no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. A importância deste critério se dá pela possibilidade de apreender elementos importantes para a análise, atravessando a história da implantação, investigando como o PSF se operacionaliza na prática e, por fim, possibilitando contrastes e uma maior diversidade de opiniões acerca da problemática em estudo.

3.3. Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa contemplaram três grupos: *trabalhadores de saúde que atuam diretamente no PSF (Grupo A)*, *coordenadores dos CSF (Grupo B)* e *informantes-chave (Grupo C)*. Apesar da compreensão do conceito de trabalhador de saúde trazido por Merhy e Onocko (2007), entendido como todo indivíduo que na relação com o usuário tem uma certa autonomia para decidir, através de seus saberes e práticas específicos, optamos por trabalhadores que atuassem diretamente como membros da equipe, seja ele médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) ou agente comunitário de saúde (ACS).

O motivo que nos levou a definir tal critério de escolha está pautado nos aspectos relacionados às atribuições destes trabalhadores, pois na prática participam diretamente na construção dessa estratégia, seja como integrantes das equipes ou gerentes das unidades, que é o caso dos coordenadores.

Após a seleção dos CSF, sorteamos um trabalhador de saúde de uma das equipes de PSF de cada CSF selecionado, totalizando seis sujeitos. Com relação à justificativa para escolha dos sujeitos, pretendemos, em primeiro lugar, com essa multiplicidade, capilarizar e ter a representação de vários espaços da prática, contemplando realidades e concepções distintas, não centralizando apenas numa perspectiva.

Em segundo lugar, consideramos relevante a questão da multidisciplinaridade, que é um dos eixos orientadores do PSF, cujas equipes são formadas por vários sujeitos, trazendo, assim, novos olhares e diferentes perspectivas. Enfim, destacamos a importância de apreender sujeitos de diversas realidades dos territórios sociais, ou seja, os diferentes cenários de atuação dessas equipes, que apresentam características singulares.

Ressaltamos que, em cada CSF, existe apenas um coordenador, que também foi entrevistado. Os coordenadores dos CSF, na sua grande maioria, não são concursados. São

gerentes locais, nem sempre da área da saúde, e estão administrando a unidade através de cargo comissionado.

Incluímos também como forma de complementar as informações coletadas e enriquecer a análise, duas informantes-chave (IC) – Grupo C- que atuaram no processo de implantação das primeiras equipes em 1999, sendo uma enfermeira (IC-A) que permanece atualmente na gestão e uma assistente social (IC-B) que na época atuou na equipe de coordenação técnica de implantação no período de 1997-2000. Foi de suma importância a participação desses sujeitos, uma vez que julgamos necessário reconstituir todo o processo histórico que culminou com a implantação das primeiras equipes, cuja a ampliação tornou-se, hoje, uma prioridade na gestão.

Assim, foram entrevistados, no total, 14 sujeitos, sendo seis trabalhadores de saúde que atuam nas equipes do PSF, seis coordenadores (um de cada CSF) e dois informantes-chave, conforme demonstra abaixo o Quadro III

QUADRO III – GRUPOS DE REPRESENTANTES PARA O ESTUDO

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	NO. DE SUJEITOS
A	Trabalhadores de Saúde do PSF	06
B	Coordenadores dos Centros de Saúde da Família (CSF)	06
C	Informantes-chave	02
TOTAL		14

Os 12 entrevistados, referentes ao Grupo A e ao Grupo B, foram identificados por um número, sem observar a ordem crescente das entrevistas realizadas. Tivemos a preocupação de identificar cada um desses entrevistados por um número, levando-se em consideração o grupo que pertenciam. Portanto, o Grupo A – Trabalhadores de Saúde do PSF, são identificados de 1 a 6, ou seja, Ent.1, Ent.2....Ent.6. O Grupo B – Coordenadores dos CSF receberam a numeração crescente a partir do número 7, ou seja, Ent.7, Ent.8...Ent.12. Já os informantes-chave foram identificados através da codificação (IC-A e IC-B).

Durante o processo de coleta de dados para realizar as entrevistas, tivemos o intuito de abranger um universo de sujeitos (trabalhadores de saúde) distintos no sentido de oportunizar uma maior totalidade nas experiências, no pensar e no agir de cada um deles,

enquanto trabalhadores coletivos. Porém, como a seleção foi aleatória, observamos uma discreta predominância de enfermeiros, haja vista, que representa o profissional mais presente na constituição da equipe.

Explicando melhor essa predominância, podemos dizer que na realidade de construção do PSF em Fortaleza, muitas equipes não dispõem de médico, problema vivenciado por tantos outros municípios nesse Brasil afora; os dentistas, assim como os seus ACDs, estão em número menor em relação aos enfermeiros. No momento da pesquisa, os ACS ainda estavam em fase de convocação, configurando-se num quantitativo bem aquém do estimado, de tal forma que algumas equipes tinham um ou nenhum ACS; e por último, o auxiliar de enfermagem, que talvez seja um dos trabalhadores que menos pertence à equipe. Na verdade, os auxiliares de enfermagem já eram da unidade e foram “incorporados” às equipes, mas na prática não existe ainda um vínculo entre estes trabalhadores e as equipes.

No Quadro-IV, caracterizamos os sujeitos do estudo – Trabalhadores de Saúde do PSF, Coordenadores dos CSF e Informantes-chave– segundo sexo, idade, formação, tempo de formação, tempo de serviço, função/cargo, tempo de experiência no PSF.

QUADRO IV – Caracterização dos sujeitos da pesquisa do Grupo A - Trabalhadores de Saúde do PSF e do Grupo B – Coordenadores dos CSF. Fortaleza-CE, Abr-2008/Jun-2008.

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Formação	Tempo de Formação (anos)	Pós-graduação	Tempo de experiência no PSF (anos)	Função
Ent.1	F	37	Enfermagem	12	E-PSF	10	E-PSF
Ent.2	F	62	ACS	-	-	16	ACS
Ent.3	F	30	Odontologia	7	E-PSF	3	D-PSF
Ent.4	F	35	Enfermagem	9	E-PSF	7	E-PSF
Ent.5	M	30	Medicina	6	R	4	M-PSF
Ent.6	F	45	Enfermagem	16	E-PSF	11	E-PSF
Ent.7	F	45	Psicologia	6	E	0	C
Ent.8	F	58	Odontologia	25	E	0	C
Ent.9	F	49	Enfermagem	5	E	0	C
Ent.10	M	31	Enfermagem	7	R-PSF	1	C
Ent.11	F	45	Enfermagem	19	E	0	C
Ent.12	F	42	Enfermagem	12	E	10	C
Ent.13	F	31	Enfermagem	9	E-PSF	9	E-PSF
Ent.14	F	51	Serviço Social	28	E-PSF	3	AS

Legenda: **E-PSF** (especialização em PSF); **R-PSF** (residência em PSF); **E** (outras especializações); **R** (outras residências); **E** (enfermeiro); **D** (dentista); **M** (médico); **AS** (Assistente Social); **C** (coordenador)

Deste grupo de 12, dois são do sexo masculino e 10 são do sexo feminino; a média de idade dos sujeitos é de 42 anos, com uma variação entre 30 e 62; a média do tempo de formação profissional é de 10 anos, com variação entre 5 e 25, e a média do tempo de experiência em PSF é de 5 anos, com variação entre 0 e 16.

Dentre os sujeitos do estudo do Grupo A, tivemos: 01 médico, 03 (três) enfermeiros, 01 dentista, 01 ACS; já no Grupo B, dos 6 (seis) Coordenadores, 04 são enfermeiros, 01 psicóloga e 01 dentista.

3.4. Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e aprovado sob o nº do processo 075343770 FR 179615 (ANEXO II). A pesquisa de campo só teve início após o parecer da aprovação do Comitê de Ética. Neste estudo, foram respeitados os preceitos éticos e legais que devem ser seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b).

Assim, os sujeitos da pesquisa foram previamente informados acerca dos objetivos e da justificativa da pesquisa, sendo-lhes garantido o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Foram assegurados, também, o sigilo das informações e a privacidade dos sujeitos, de forma a proteger-lhes a imagem, evitando qualquer prejuízo. Foram respeitados os valores sociais, culturais, religiosos e morais.

3.5. Técnicas de coleta de dados

Para o processo de investigação, utilizamos duas principais ferramentas: *entrevista e análise documental*. Como técnica complementar utilizamos ainda a *observação simples*. Os instrumentos aplicados na pesquisa de campo têm o intuito de estabelecer uma ponte entre a dimensão teórica e a realidade empírica, que perpassam por toda a trajetória metodológica (MINAYO, 2007).

Segundo Minayo (1994a, p. 109):

O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Assim sendo, através desse encontro de subjetividades, seria possível não apenas a compreensão da fala, mas a compreensão das relações sociais que elas expressam (MINAYO, 1994a).

Optamos pela entrevista semi-estruturada, uma vez que esta, “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1985, p. 146). Segundo Minayo (2007), este tipo de entrevista, além de flexibilizar as conversas entre pesquisador e pesquisado, permite emergir novas questões trazidas pelo interlocutor.

Para realização da entrevista utilizamos um roteiro (APENDICE A) que contemplou questões referentes ao objeto em estudo, as quais permitiram suscitar discussões e reflexões a partir das experiências vivenciadas pelos entrevistados, tais como: modelo de atenção, processo de trabalho, concepção sobre saúde-doença, relação com a equipe e a coordenação, educação permanente, facilidades, dificuldades e perspectivas. Com os informantes-chave, utilizamos o mesmo roteiro, porém enfocamos apenas as questões referentes ao processo de implantação do PSF em 1999, estabelecendo uma relação com a ampliação em 2006. Assim como coloca Minayo (2007, p. 191), “que este provoque as várias narrativas possíveis das vivências que o entrevistador vai avaliar, as interpretações que o entrevistado emite sobre elas e sua visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação”. Enfim, o roteiro deve funcionar como um guia.

Antes de iniciar a pesquisa em campo propriamente dita, achamos importante delimitar alguns passos que se constituíram em estratégias para adentrar no campo empírico e que representam a etapa exploratória. Sabendo-se que a entrada em campo pode gerar impacto pelo “medo do desconhecido”, planejamos estabelecer um contato prévio, antes mesmo da realização das entrevistas. Assim, antes da visita, foram feitos vários contatos por telefone que

possibilitaram iniciar uma rede de relações, funcionando, de certa forma, pra “quebrar o gelo”.

As entrevistas foram realizadas no período de 30/04/2008 a 19/06/2008, após o levantamento prévio do número de CSF, número de equipes e quantitativo de trabalhadores de saúde por equipe. As entrevistas foram previamente agendadas por telefone de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Devido à dinâmica das unidades, algumas foram remarcadas e outras deram preferência ao período da tarde, quando o fluxo de usuários nas unidades é menor. O período de coleta foi um pouco conturbado, pois coincidiu com o período de epidemia de Dengue em Fortaleza, campanhas de rotina de vacinação contra a poliomielite e mutirão de atendimento aos beneficiários do Bolsa-Família.

Mesmo com esses contra-tempos, a receptividade à pesquisa de uma forma geral foi boa. Em apenas uma unidade tivemos problemas com a coordenadora que remarcou a entrevista três vezes, após data e hora marcada. Em todos os momentos que a pesquisadora se dirigiu ao local marcado, conforme acordado previamente, a referida coordenadora não se encontrava ou informava que por motivos outros não poderia conceder naquele dia a entrevista. Na quarta tentativa, ela concedeu a entrevista. O tempo de duração das entrevistas variaram entre 20 (vinte) minutos e 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos, sendo a maioria em torno de 60 (sessenta) minutos. Foram realizadas 12 entrevistas.

Antes da entrevista propriamente dita, tivemos o cuidado de explicar para os sujeitos da pesquisa o objetivo do estudo e os princípios éticos, e só foram iniciadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – APENDICE B. Solicitamos a autorização aos participantes do estudo para a gravação das entrevistas em fita cassete e gravador digital, com o intuito de facilitar a posterior decodificação dos depoimentos.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, em salas escolhidas pelos próprios entrevistados. Em algumas unidades, não havia muita privacidade, principalmente no caso dos coordenadores, que eram muito requisitados, a entrevista acabava sendo interrompida. Porém, isso não gerou maiores problemas, pois as falas foram retomadas em seguida após permissão dos entrevistados. A transcrição das falas foi realizada pela pesquisadora, logo após cada entrevista, com o intuito de preservar aspectos importantes das falas e para facilitar a análise dos resultados obtidos.

As citações dos entrevistados vêm codificadas por uma indicação (grupo, categoria profissional, Ent. No....) que significa o grupo em que o entrevistado está inserido e o número do entrevistado.

A segunda técnica utilizada nesse estudo foi a *Análise Documental*. Segundo Bacherlad (*apud* Minayo, 2007, p. 195) “os textos não falam por si, eles respondem as indagações dos investigadores”. Assim optamos pela análise documental entendendo que os documentos forneceriam subsídios importantes sobre o histórico de implantação do PSF em Fortaleza, não contemplados nas falas dos entrevistadores e que constituem uma valiosa técnica de abordagem de material qualitativo.

Dessa forma realizamos um levantamento prévio dos possíveis documentos a serem utilizados enquanto fonte secundária e, em seguida, selecionamos quatro importantes documentos que retratam a questão da implantação do saúde da família em Fortaleza, discriminados a seguir:

- **Documento 1.** Proposta para implantação do Programa Saúde da Família – 1997.
- **Documento 2.** Relatório de Gestão de 2005
- **Documento 3.** Relatório de Gestão de 2006
- **Documento 4.** Plano Municipal de Saúde do Município de 2006 – 2009.

Tivemos uma certa dificuldade em ter acesso aos documentos, com exceção dos relatórios de gestão, que se encontram em meio eletrônico, entretanto, a última versão disponível é de 2006. As atas dos conselhos de saúde foram consultadas, mas não foram utilizadas neste estudo, por trazer especificidades das unidades de saúde, não abordando aspectos referentes ao processo de implantação propriamente dito. Enfim, por ocasião desses entraves, trabalhamos apenas com quatro documentos acima listados.

Como técnica complementar, realizamos a observação simples, com a finalidade de enriquecer a análise. Neste tipo de observação, o pesquisador é apenas um expectador. Observamos a dinâmica do serviço e nele as práticas desenvolvidas, as relações que permeavam o cotidiano daquelas unidades e a forma de organização predominante. Esta observação foi no sentido de facilitar a interpretação das falas dos sujeitos e dos dados contidos nos documentos. As observações foram registradas no diário de campo bem como as inquietações e reflexões feitas inclusive no percurso de ida e volta das unidades quando das entrevistas.

3.6. O caminho percorrido para analisar os dados

Para a análise do material empírico, visando melhor compreender os dados da pesquisa e melhor situá-los no conjunto das determinações macro-sociais, optamos por uma aproximação com a *Análise de Conteúdo*, numa perspectiva mais *crítica e reflexiva*, conforme a *proposta operativa de Minayo* (2007), preocupando-se não somente com a análise da essência do texto, mas também de como se constrói socialmente as discussões sobre as diferentes facetas do objeto em estudo.

A análise de conteúdo parte de uma mensagem que expressa um significado e sentido. A emissão dessa mensagem está vinculada a determinados contextos que envolvem aspectos subjetivos do sujeito e que perpassam por situações econômicas, socioculturais, evolução histórica da humanidade e componentes ideológicos. Estes últimos são construídos pela sociedade, mas existe a possibilidade de serem “desconstruídos” mediante um processo dialético (FRANCO, 2005).

Reconhecemos que a origem da *Análise de Conteúdo*, que tem seu berço nos EUA, está no trabalho de alguns importantes teóricos, Lasswell, Berelson e Lazarsfeld e posteriormente, Bardin. Porém, para este estudo, apresenta limitações por seu caráter quantitativo, numérico, objetivo e positivista. Só na década de 60, é que a Análise de Conteúdo ressurge numa perspectiva mais abrangente e diversificada, agregando antropologia, sociologia e psicologia.

Alguns autores como Rocha e Deusdará (2005) e Minayo (2007), criticam o método de *Análise de Conteúdo* tradicional, por este trazer no seu bojo um caráter descritivo e numérico, objetivo, sistematizado, em que exprime uma preocupação exagerada com o rigor metodológico, na crença da neutralidade, no qual o pesquisador não se implica, é neutro, não é co-participante do processo investigatório.

Para Bardin (1977, p.42), a *Análise de Conteúdo* é

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção destas mensagens.

Segundo Minayo (2007, p. 307), os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance

meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda.

Na perspectiva de Minayo (2007), a *Análise de Conteúdo* possibilita apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, ultrapassando os aspectos quantificáveis da fala e extraindo do material empírico as possíveis convergências, divergências, complementaridades, elementos imprescindíveis que emergem nas falas. Essa perspectiva atravessa o nosso objeto de estudo.

A análise de conteúdo, segundo Franco (2005), implica comparações capazes de produzir inferências, articulando o discurso (lido ou ouvido) com pressupostos teóricos embutidos de diferentes concepções de mundo, de indivíduo e sociedade que se expressam a partir da práxis, acrescido do momento histórico-social.

Na análise dos dados coletados nesse estudo, portanto, buscamos compreender o contexto histórico e social em que se produziram as falas, os grupos e classes dos entrevistados, questionando e buscando compreender que condições que determinaram as respostas.

A partir dessa perspectiva, sistematizamos a análise dos dados seguindo alguns passos operacionais trazidos por Minayo (2007). Estes caminhos permitiram a relação entre as diversas fontes e a articulação entre o material empírico e o referencial teórico adotado, na tentativa de responder aos questionamentos e objetivos que nortearam o estudo. Dessa forma, os passos seguidos foram esses:

1) Ordenação dos dados

Este momento envolveu um contato tanto com as entrevistas quanto com os documentos selecionados para análise. Essa etapa incluiu uma seqüência de atividades que consistiram na transcrição das fitas-cassete, que nos proporcionou uma leitura preliminar do material transcrito; em seguida, através de uma leitura geral, procuramos organizar e classificar os relatos em determinada ordem, proporcionando um mapa horizontal do material empírico coletado no campo de estudo.

2) Classificação dos dados

Nesta etapa realizamos a leitura exaustiva e horizontal dos textos que exigiu uma leitura minuciosa de cada entrevista e de cada documento selecionado, no qual registramos as

nossas primeiras impressões, carregadas de emoções, representações, conhecimentos e expectativas.

Tivemos a preocupação de analisar cuidadosamente todo esse material, com o objetivo de estabelecer núcleos de sentido a partir das idéias centrais sobre o tema. A partir desse exercício, que Rocha e Deusdará (2005), Franco (2005) e Minayo (2007) denominam de “leitura flutuante”, foram construídas as categorias de análise: empíricas e analíticas, e num segundo momento, o confronto entre elas.

Segundo Franco (2005), citando Piaget, a etapa classificatória consiste numa atividade intelectual, uma vez que no momento em que se tenta classificar, objetivar e organizar o discurso, muitas questões emergem. Para elaboração das categorias, este autor coloca que existem dois caminhos: categorias criadas a priori e categorias que não são definidas a priori. Optamos por esta última, uma vez que neste caso, as categorias emergem da “fala”, do discurso, do conteúdo das respostas e implicam constantes idas e voltas do material de análise à teoria.

Os núcleos de sentido que emergiram das leituras flutuantes e exaustivas das entrevistas foram: modelo de atenção, processo saúde-doença, educação permanente, implantação do PSF (organização e princípios organizativos), dificuldades, facilidades e perspectivas. Após a definição desses núcleos, recortei os dados contidos nas entrevistas, classificando-os criteriosamente, inserindo-os em seus respectivos núcleos de sentido.

Posteriormente, baseado no modelo utilizado por Assis (1998), executamos a síntese, mediante a construção de quadros para esse fim. Os esquemas de análise a seguir, retratam os sucessivos confrontos realizados ao longo de análise.

QUADRO V - Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo A - Trabalhadores de Saúde do PSF. Fortaleza-CE, Abr-2008/Jun-2008.

Núcleos de Sentido	Ent. 1	Ent.2	Ent.n (...)	Ent.6	Síntese Horizontal
Modelo de atenção					
Processo saúde-doença					
Educação permanente					
Implantação PSF(princípios organizativos)					
Dificuldades, facilidades e perspectivas					
Síntese Vertical					

Fonte: adaptado por Assis (1998).

QUADRO VI – Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo B – Coordenadores dos CSF. Fortaleza-CE, Abr-2008/Jun-2008.

Núcleos de Sentido	Ent. 7	Ent.8	Ent.n (...)	Ent.12	Síntese Horizontal
Modelo de atenção					
Processo saúde-doença					
Educação permanente					
Implantação PSF(princípios organizativos)					
Dificuldades, facilidades e perspectivas					
Síntese Vertical					

Fonte: adaptado por Assis (1998)

Após realizarmos a síntese horizontal e vertical dos depoimentos dos Grupos A e B, confrontamos, em seguida, a síntese de cada núcleo de sentido entre os dois grupos de entrevistados, conforme exposto no Quadro-VII.

QUADRO VII – Síntese dos confrontos dos depoimentos dos grupos A – Trabalhadores de Saúde do PSF e do Grupo B – Coordenadores dos CSF. Fortaleza-CE, Abr-2008/Jun-2008.

Núcleos de Sentido	Síntese do Grupo A	Síntese do Grupo B	Síntese Horizontal
Modelo de atenção			
Processo saúde-doença			
Educação permanente			
Implantação PSF(princípios organizativos)			
Dificuldades, facilidades e perspectivas			
Síntese Vertical			

Fonte: adaptado de Assis (1998).

Como resultado dos confrontos das sínteses horizontais entre os grupos, consideramos as convergências, divergências e complementaridades existentes nas idéias de cada entrevistado. Já a síntese vertical permitiu a visualização de uma idéia mais global dos núcleos de sentido por entrevistado. Prosseguimos realizando leituras exaustivas dos conteúdos das entrevistas, tendo em vista a construção das categorias empíricas do estudo. Nesse sentido, prosseguimos fazendo recortes dos eixos temáticos, priorizando os mais relevantes ao objeto, as questões norteadoras e aos pressupostos teóricos.

No que se refere às observações registradas no diário de campo, ressaltamos que não foram analisadas a partir de quadros classificatórios. Os dados coletados por meio deste instrumento foram transversais ao processo de análise, estabelecendo interfaces entre os discursos e as observações realizadas.

3) Análise final dos dados

As etapas anteriores de ordenação e classificação foram consideradas como ponto de partida e ponto de chegada para compreensão e interpretação das falas. Nesta fase, o objeto deve atravessar todo o processo de análise, num constante movimento circular que vai do empírico para o teórico e vice-versa.

Pretendemos um trabalho de investigação vinculado a uma realidade estratégica. Os vários confrontos dos dados, provenientes dos dados da pesquisa empírica, representam as transformações ocorridas no Sistema de Saúde de Fortaleza em um determinado contexto histórico.

Para maior compreensão do objeto de investigação, a análise foi feita a partir das contribuições de alguns teóricos. Contudo, as experiências vividas e sentidas pela pesquisadora ao longo destes quase nove anos e sua visão de mundo são elementos presentes num processo de pesquisa, pois não há neutralidade absoluta. A implicação com o fenômeno precisa estar claro, ao mesmo tempo que nos questionamos sobre a interferência de nossa subjetividade e buscamos controlá-la. Nesse sentido, Minayo (2007) afirma que a pesquisa social como processo de produção e produto configura-se como objetivação da realidade e, ao mesmo tempo, como objetivação do pesquisador que se torna também produto de sua própria produção.

Tendo como ponto de partida o confronto das idéias entre as entrevistas dos diferentes grupos e a análise dos documentos, foram elaboradas as seguintes categorias e subcategorias:

- **Categoria I - O processo de organização da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza: em busca da construção de um modelo de atenção à saúde**

Sub-categoria I - Resgatando a história do PSF em Fortaleza

Sub-categoria II – O processo de expansão do PSF em Fortaleza: a chegada das equipes

Sub-categoria III – O PSF em Fortaleza e os princípios organizativos preconizados pelo Ministério da Saúde

Sub-categoria IV - Entre sonhos e angústias: facilidades e dificuldades enfrentadas no PSF de Fortaleza

- **Categoria II - A Estratégia Saúde da Família em Fortaleza e as perspectivas de mudanças do modelo assistencial**

Sub-categoria I- Os modelos de atenção à saúde no SUS municipal: a visão dos trabalhadores de saúde

Sub-categoria II- A compreensão do processo saúde-doença e os modelos de atenção

Sub-categoria III – Transformando o perfil dos sujeitos como instrumento para a mudança de modelo

4. RESULTADOS DA PESQUISA: CATEGORIAS DE ANÁLISE

“Não serei poeta de um mundo caduco. Também não cantarei o mundo futuro. Estou preso a vida e olho meus companheiros. Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças. Entre eles, considero a enorme realidade. O presente é tão grande, não nos afastemos. Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.

Carlos Drummond de Andrade

4.1. CATEGORIA I - O processo de organização da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza: em busca da construção de um modelo de atenção à saúde

Este capítulo trata da trajetória de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Fortaleza-CE que apresenta dois marcos históricos importantes: o primeiro, em 1998, quando foram formadas as primeiras equipes de PSF e o segundo, em 2006, quando houve ampliação da cobertura de PSF através de concurso público. As questões que permeiam esta discussão refletem o processo de organização da implantação e da ampliação do PSF, trazendo a sua importância dentro do contexto do sistema de saúde, os princípios que norteiam as suas práticas, os principais avanços e dificuldades e quais são as perspectivas apontadas para a consolidação do PSF enquanto estratégia.

4.1.1. Resgatando a história do PSF em Fortaleza

No município de Fortaleza, as discussões acerca da implantação do PSF como estratégia de organização da atenção básica iniciaram-se em maio de 1997, a partir da formação de uma comissão formalizada por decreto de n.10.104, composta por um médico, três enfermeiros, um assistente social, um administrador e um coordenador, definindo os critérios e as diretrizes para sua implantação. A proposta visava à mudança do modelo assistencial, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população. Com o PSF, pretendia-se prestar assistência integral às famílias selecionadas através de ações preventivas e intersetoriais, baseadas na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde (FORTALEZA, 1997).

A proposta obteve sustentação através da realização do planejamento estratégico em que foram identificados elementos que contribuíram para a implantação da referida estratégia, ou seja: a decisão política da administração municipal em implantar o PSF; a descentralização administrativa através das 06 (seis) Secretarias Executivas Regionais (SER); a existência de uma rede básica de saúde bem distribuída e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em efetivo funcionamento (VIEIRA, 2001). Some-se a isso o fortalecimento da intersetorialidade e a parceria entre o poder institucional e a comunidade na resolução dos problemas locais, que favoreceram a viabilização do PSF (FORTALEZA, 1997).

Com base em estudos e levantamento de necessidades, que se deu por SER, foi definido o número de equipes a serem implantadas até 2001. Em um primeiro momento, a administração municipal priorizou a população residente em área de risco e com os piores indicadores sociais e de saúde. Além disso, foram consideradas também a existência de locais de apoio às equipes, a organização comunitária na área, as unidades já implantadas, a possibilidade de referenciamento e o acesso. Podemos citar como locais de apoio às equipes, os Centros de Saúde com especialidades médicas (ginecologia, pediatria e clínica geral) e que realizavam determinados procedimentos (coleta de exames e laboratório); os Centros Integrados de Educação e Saúde (CIES) nos quais existe uma escola e uma unidade de saúde da família de forma integrada nas suas ações e o Centro Social Urbano (CSU), cujas ações estão voltadas para as atividades de esporte, educação e cultura (FORTALEZA, 1997).

Segundo Vieira (2001) o processo de planejamento se deu de forma paralela à seleção das equipes, cujos órgãos responsáveis foram o Instituto Municipal de Pesquisa e Administração de Recursos Humanos (IMPARH) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), hoje então denominada Secretaria Municipal de Saúde (SMS). As etapas para selecionar os profissionais de nível superior foram: análise de currículo, entrevista e oficina de desempenho geral. Os auxiliares de enfermagem se submeteram apenas à análise de currículo realizada por técnicos dos distritos de saúde das regionais, enquanto os Agentes de Desenvolvimento Social (ADS), hoje denominados Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram recrutados através de uma prova escrita e de entrevista coletiva e individual, realizadas por técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e SMDS.

Em 1998, os profissionais foram contratados pela autarquia municipal, mediante vínculo empregatício. Segundo Coelho (2006), essa forma de contrato durou somente seis meses, quando a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF) alegou não ter condições de manter os profissionais como funcionários. A segunda forma de contratação ocorreu através de cooperativas (COOPSAUDE) para nível superior, e de empresas prestadoras de serviço para os ACS.

Este primeiro momento contemplou profissionais com experiência em PSF do interior. Esta primeira seleção, em fevereiro de 1998 formou 32 (trinta e duas) equipes de saúde da família, que foram implantadas nas 6 (seis) regionais, beneficiando doze bairros (VIEIRA, 2001). As unidades de saúde contempladas foram: CS Guiomar Arruda, CIES Frei Tito, CIES Aída Santos e Silva, CSU César Cals, CS Meton de Alencar, CS Luís

Albuquerque Mendes, CS Novos Canudos, CS Janival de Almeida, CIES Terezinha Parente. Posteriormente, em maio de 1999, foram selecionados funcionários do município que também se submeteram a todas as etapas anteriores. Nesta oportunidade, foram formadas mais 18 equipes. Em abril de 2000, foram implantadas 59 equipes, desta vez com a inclusão de cirurgião dentista (VIEIRA, 2001). Em 2002 chegou a 109 equipes, caindo para 100 equipes em 2003, conforme Oliveira (2006) e aumentando para 103 em 2004 cobrindo assim 16% da população.

Os profissionais selecionados teriam que ter disponibilidade de 40h semanais, distribuídos em 02 (dois) turnos de 04 (quatro) horas diárias, formação na área de atenção primária (ressaltamos que as especialidades de pediatria e gineco-obstetrícia eram consideradas como de APS) e desenvolver ou ter desenvolvido atividades na área de saúde comunitária (FORTALEZA, 1997).

O plano de implantação do PSF em Fortaleza previa que cada unidade deveria comportar de 1 a 4 equipes compostas por médico, enfermeiro e no máximo 04 ACS, responsáveis por no máximo 1000 famílias. Entretanto, segundo Vieira (2001), cada UBASF possuía em média de 04 a 08 equipes de PSF, identificadas para a população através de cores, ou seja, equipe amarela, verde, vermelha etc. Ao serem contratados, os profissionais realizaram curso introdutório de 72hs, estágio prático em áreas cobertas pelo PSF, educação permanente em serviço. A gestão municipal buscou articulação com as universidades para formar profissionais com perfil de PSF (FORTALEZA, 1997).

As atribuições das equipes foram divididas em duas categorias: na comunidade, onde os profissionais deveriam realizar diagnóstico de saúde através do cadastramento das famílias; diagnóstico situacional; visita domiciliar; internação domiciliar se necessário; participação em grupos e nas unidades de saúde que deveriam realizar consultas, privilegiando os grupos de risco; ações de educação em saúde; procurar desenvolver a intersetorialidade; cronograma de reuniões semanais e criação da sala de situação³ (FORTALEZA, 1997).

Entretanto, o processo de reorientação do modelo de assistência à saúde, através da organização da atenção básica, tendo como base para sua efetivação a Estratégia Saúde da Família (ESF), estava apenas começando. Esses avanços ainda correspondiam a apenas 15%

³ Instrumento útil para análise da situação de saúde municipal e para destacar as dificuldades e qualidades dos sistemas de informação em saúde.

de cobertura de PSF, valor ainda ínfimo para uma capital como Fortaleza, marcada por tanta complexidade e acentuados contrastes sociais.

Além da baixa cobertura do PSF, sabe-se ainda da existência de muitas dificuldades na operacionalização do programa. Oliveira (2006) coloca que após visita às unidades básicas, em 2001, realizada pela Comissão de Acompanhamento e Gestão do Sistema do Conselho Municipal de Saúde, foram detectadas alguns problemas descritos em relatório, tais como: a ausência e/ou número insuficiente de veículos disponíveis para realização de visitas domiciliares; o número inadequado de ACS; equipes incompletas e a alta rotatividade dos profissionais cooperados. Com base nos questionamentos apresentados pelos conselheiros, durante reuniões e plenárias, os problemas levantados em 2001 ainda persistiam em 2004.

Segundo Vieira (2001) outros desafios foram enfrentados no processo de implantação, tais como: a reversão do modelo assistencial, a construção e efetivação de um sistema de referência e contra-referência, a valorização dos servidores da rede inseridos no PSF, a implementação da educação continuada e o real entendimento da filosofia do PSF, tanto pelos gestores como pelas lideranças políticas.

Para Coelho (2006), ao analisar o quantitativo de equipes implantadas no período de 1997 à 2006, podemos observar variações importantes, como o aumento e a diminuição do número de equipes, desencadeando a rotatividade dos profissionais do PSF de Fortaleza, fato que pode ser atribuído pela autora, aos salários atrasados e a falta de vínculo empregatício. Estes fatores faziam com que os profissionais, a fim de buscar melhorias nas condições de trabalho e salariais, migrassem para o interior. Tal situação prevaleceu até o ano de 2006, quando foi realizado o concurso público.

Acrescente-se a isso a dinâmica do atendimento nessas unidades que continuava, na maioria das vezes, sob a lógica do modelo flexneriano, centrado na figura do médico e com a fragmentação dos saberes e práticas, percebidos quando os profissionais dividiam os programas entre si, de modo que havia um enfermeiro para o pré-natal, outro para o planejamento familiar; outro para atendimento de tuberculose e hanseníase, entre outros; o que não garantia um acompanhamento efetivo e contínuo dessas famílias, como preconiza os pressupostos de saúde da família.

Em 2005, a partir de uma mudança na direção política do município, com a vitória da Prefeita Luizianne Lins, do Partido dos Trabalhadores (PT), a nova gestão da SMS tomou

a decisão política de reorientar o modelo de atenção à saúde da população de Fortaleza, priorizando a estratégia do PSF e decidindo realizar concurso público para os profissionais de nível superior – enfermeiros, médicos e dentistas – que compõem a equipe mínima do PSF.

Contudo, considerando a gravidade das condições de vida da população que reside nas áreas de risco e diante do compromisso assumido pela gestão na melhoria das condições de vida desta mesma população, ainda em junho de 2005, foram implantadas de forma emergencial 21 equipes de saúde da família em áreas apontadas pela Defesa Civil como áreas de risco⁴. Foram contratados 89 profissionais, sendo 05 médicos, 21 enfermeiros, 21 dentistas, 11 assistentes sociais e 30 auxiliares de enfermagem (FORTALEZA, 2005).

Com a realização do concurso público (Edital 13.344, 09/06/2006, Diário Oficial do Município de Fortaleza), foram convocados, em agosto de 2006, 850 novos profissionais, entre eles, 300 médicos, 300 enfermeiros e 250 dentistas para formarem as novas equipes de saúde da família, ampliando a cobertura de 15% para 43,44% a fim de atuarem sob esse novo modelo de saúde. Esse salto correspondeu a um avanço na reestruturação da atenção básica, colocando-a como prioridade na política de saúde da gestão municipal. De acordo com o relatório de gestão de 2006, o intuito era formar 460 equipes no período de 2005 a 2008. Entretanto, isso não foi concretizado, permanecendo no final da gestão com as 304 equipes convocadas em 2006. Ressaltamos que não se trata de 304 equipes novas, já que havia, até julho de 2006, o total de 102 equipes (FORTALEZA, 2006a).

Além do concurso para os profissionais de nível superior, efetivado em 2006, houve uma nova territorialização, na qual os espaços da cidade foram identificados em quatro categorias de riscos. Foram classificadas 2.849 micro-áreas, das quais 2.627 micro-áreas são de riscos um, dois, e três, que deveriam ser acompanhadas por ACS e equipes de saúde da família. Houve uma seleção pública para 2.627 ACS, 1500 agentes sanitários e um concurso público para 460 equipes de saúde da família que pretendia cobrir 100% da população dependente do SUS e 70% da população do município (FORTALEZA, 2005). Contudo, até outubro de 2007, não haviam sido convocados os ACS por questões jurídicas impetradas pela Associação dos Agentes Comunitários de Saúde, junto à justiça do trabalho. Os ACS estão sendo convocados desde novembro de 2007 de forma gradativa, permanecendo desta forma as

⁴ São as comunidades que sofrem com o abandono histórico das políticas públicas e onde se concentram os piores indicadores sociais, sofrendo inclusive com problemas ambientais (inundações, alagamentos, desabamentos) (FORTALEZA, 2007).

equipes ainda incompletas e com dificuldades de operacionalização da estratégia saúde da família.

O risco de uma população, no sentido da saúde pública, pode ser atribuído conforme indicadores dos mais variados tipos. No entanto, segundo o relatório de gestão de 2005, determinou-se que uma comunidade deva ser identificada como de risco obedecendo a uma série de características comuns. Após exaustivos debates, chegou-se ao consenso e a construção do conceito das características de riscos que classificarão uma área. São elas:

Risco 1 — Quadras já catalogadas pela defesa civil sob nome popular de áreas de risco. Ficam em locais impróprios para habitação: leitos de rios, áreas que sofrem alagamentos e enchentes, deslizamentos de terra, soterramento por dunas, enfim, estão ligadas a riscos ambientais. Além disso, estas áreas abrigam os considerados “mais pobres” da cidade, que vivem em condições subumanas e são excluídos do sistema de saúde e de outras políticas públicas. Por conta destas últimas características, optou-se por incluir também as comunidades que se enquadram nestas condições, embora não sofram, necessariamente, problemas ambientais. O número de habitantes por microáreas é de 500 pessoas;

Risco 2 — Quadras próximas do Risco 1, famílias de comunidades nitidamente pobres, favelas com problemas de saneamento, ocupações desordenadas, conjuntos habitacionais para população de classe baixa (mutirões), áreas pobres com problemas graves de violência urbana. Estas microáreas possuem 700 moradores cada uma;

Risco 3 — Quadras mais distantes do Risco 1, famílias de comunidades nitidamente de classe média, condomínios de classe média baixa, loteamentos estabelecidos há muito tempo, áreas com saneamento e situação socioeconômica regular. As microáreas possuem neste risco 1.000 pessoas cada uma;

Risco 4 — Áreas consideradas nobres da cidade, condomínios de luxo e de classe média alta, áreas de mansões conjugadas, fábricas gigantescas, áreas comerciais puras, lagoas e áreas verdes, sem habitantes, quadras sem populações. Para estas áreas não está prevista, a curto prazo, a atuação dos ACS.

Fortaleza está passando por um momento de mudança na atenção básica. Há cerca de dois anos, a partir da vontade política de reversão do modelo dominante de atenção básica à saúde em Fortaleza, foi adotada, definitivamente, a Estratégia Saúde da Família como linha mestra de sua política sanitária. Desde então, algumas iniciativas que compõem o bojo dessa

grande estratégia de reorientação de modelo, merecem destaque. Podemos citar como avanços dessa gestão:

- A implantação do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), através da Portaria 160/2006 que se constitui em uma estratégia de educação permanente, transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional;

- Otimização logística das Unidades Básicas de Saúde, das quais 77 unidades foram reformadas, de acordo com o relatório de gestão de 2006;

- A adoção da Política Nacional de Humanização (PNH), como eixo estruturante na organização, qualificação e fortalecimento do Sistema de Saúde do município. Dentre suas ações, estão:

- Os Grupos de Trabalho de Humanização – GTH's desenvolvidos na rede hospitalar;

- As Oficinas de Acolhimento⁵, voltadas para Atenção Primária em Saúde, com a implantação do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, inspirando a ética, o cuidar e a inclusão do outro;

- As Oficinas intituladas “Conhecendo Meu Ambiente de Trabalho”, com ênfase na Saúde do Trabalhador da Saúde, dentro de uma perspectiva de integralidade;

- Cirandas da Vida, que funcionam como espaços de diálogos, capazes de fortalecer a articulação entre os movimentos, práticas populares e as práticas e políticas de saúde;

- As Oficinas do Riso, que fizeram surgir os Palhaços Terapeutas na SER II, dando aos profissionais a dimensão do lúdico como ferramenta de trabalho;

- Curso de Extensão Universitária Fortaleza Humaniza SUS.

⁵ O Acolhimento com classificação de risco em consonância com a PNH foi implantado em Fortaleza em 2005 nos hospitais e em 2006 nos Centros de Saúde da Família. Nos hospitais, é realizado mediante protocolo centrado no risco clínico, já na atenção básica além de considerar os critérios clínicos, também é avaliado a vulnerabilidade do usuário e o risco social.

4.1.2. O processo de expansão do PSF em Fortaleza: a chegada das equipes

Do ponto de vista da organização do processo de expansão do PSF em Fortaleza, podemos considerar dois aspectos importantes: o primeiro refere-se à preparação para a chegada dos novos profissionais, em 2006, com a ampliação das equipes do PSF e o segundo refere-se à análise da estratégia em Fortaleza tendo como base teórica os princípios e diretrizes preconizados pelo MS.

Sobre o primeiro aspecto, gostaríamos de destacar alguns conflitos importantes que ocorreram na época, atribuídos tanto pela convivência do PSF com o modelo tradicional atuando no mesmo espaço físico, como pela ausência de preparação dos antigos funcionários da rede. Em 1998, segundo dados de uma entrevistada e de uma informante-chave (IC-A), não houve conflitos nesse sentido, já que as unidades atuavam apenas com equipes de PSF. Estas unidades eram chamadas de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), enquanto as unidades onde atuavam os especialistas eram chamadas Centros de Saúde.

Este discurso abaixo se refere ao primeiro período de implantação do PSF, em 1998, e afirma que não houve resistência, como podemos ler a seguir:

“Na época das primeiras equipes não houve resistência... eu não lembro disso... porque como não existia o outro profissional especialista então foi tudo preparado para receber o saúde da família mas era só o saúde da família que existia... mas assim foi redistribuído de uma forma que ali ficasse só saúde da família entendeu? que hoje está misturado”
(ENT 8, DENTISTA, GRUPO COORD)

Nessa fala foi destacado que a ausência de resistência se deu em virtude das equipes serem lotadas em unidades onde não havia especialistas, ou seja, que seriam específicas para o PSF. Levando-se em consideração os aspectos dessa fala, podemos discutir sobre os conflitos gerados pela convivência desses dois modelos, num contexto de transição, em que não está claro nem para os antigos funcionários nem para os usuários o que significa esse novo modelo, quais são os princípios que o norteiam e as atribuições de cada membro da equipe.

O Documento do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) aponta a coexistência de dois modelos como sendo um dos principais obstáculos para consolidar o PSF enquanto estratégia. Nas realidades dos serviços de saúde em que temos a duplicação das redes de atenção que significam unidades tradicionais e de saúde da família atuando no mesmo território, podemos identificar diversos problemas tais como: disputa por espaço,

modelos e clientela; dificuldade de vínculo; conflitos; desqualificação do trabalho; descredibilidade por parte do usuário e gastos desnecessários (BRASIL, 2007).

Os aspectos trazidos neste documento estão em conformidade com os obstáculos vivenciados no município de Fortaleza, já que os CSF convivem com todos esses conflitos mencionados e ocasionados pela coexistência de dois modelos: o tradicional e o PSF, que atuam no mesmo espaço territorial. Esse é um dos grandes entraves e nós críticos para que a saúde da família venha a se efetivar no município de Fortaleza, uma vez que essa mistura acaba por confundir e por vezes enfraquecer os princípios inerentes à Estratégia Saúde da Família, resultando na reprodução de velhas práticas, nos moldes flexneriano.

Segundo o relatório de gestão de 2005, até 2004, só existiam 100 equipes distribuídas em 27 unidades, em um universo de 88 (FORTALEZA, 2005). Para os usuários, não havia diferença nessa nomenclatura e geralmente costumavam chamar ambos de Postos de Saúde, como observado até hoje, embora a gestão atual tenha decidido denominar todas as unidades que desenvolvem atenção primária de Centros de Saúde da Família (CSF)⁶.

O Documento técnico do MS coloca de forma clara que, ao se implantar novas equipes, a área física das unidades deve ser adaptada ou adequada à nova dinâmica e que o número de profissionais a serem lotados em cada unidade depende de alguns critérios, tais como: capacidade já instalada na unidade; quantitativo populacional a ser assistido; possibilidades locais; integralidade da atenção e enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 1997).

Considerando esses dois primeiros critérios não observamos uma coerência com os critérios utilizados no município de Fortaleza quando da lotação desses profissionais, representando um dos entraves no desenvolvimento da estratégia. Muitas dessas unidades não tinham condições físicas de comportar mais profissionais, resultando em adequações tais como: horários intermediários para os antigos funcionários; improvisos de consultórios ou atendimentos em condições inadequadas como, por exemplo, nas salas dos coordenadores, não garantindo privacidade aos usuários.

Como consequência, o critério populacional também não foi atendido, já que essas unidades de maior precariedade do ponto de vista da infra-estrutura não puderam receber mais equipes, mesmo com uma superpopulação. A exemplo disto, podemos citar a

⁶ Os Centros de Saúde de Fortaleza, de acordo com o relatório de gestão de 2006, foram transformados em Centros de Saúde da Família após a chegada das equipes.

existência de uma unidade “X” com população de 18.000 hab. pelo IBGE (2006), com 04 equipes, e outra unidade “Y” com 50.000 hab. e também 04 equipes. No primeiro caso, trata-se de uma unidade de espaço físico maior, o que favoreceu a lotação desse número de equipes, enquanto que no segundo caso, a população era quase três vezes maior, sendo necessárias mais equipes, porém, a estrutura física não comportava a quantidade adequada.

Essa desproporção gerou conflitos no processo de trabalho das equipes além de parcelas da população que ficaram sem cobertura do PSF, sendo atendidas quando procuravam espontaneamente o CSF, sem necessariamente ter um acompanhamento sistemático. Ou seja, as necessidades e demandas da população de cada território ficaram em segundo plano, devido às limitações da estrutura física.

Em 2006, quando os profissionais do concurso foram convocados, não havia como lotar 850 novos funcionários públicos em unidades específicas de PSF. A idéia era tentar lotar da melhor maneira possível, de acordo com as especificidades de cada local. No relatório de gestão de 2006, podemos encontrar referências de que houve reformas em 77 unidades no período de 2005/2006, como forma de viabilizar parte das condições necessárias para abrigar esses profissionais contratados pelo concurso (FORTALEZA, 2006b).

A maioria dos discursos dos sujeitos entrevistados aponta para a existência de resistência dos trabalhadores de saúde antigos da rede, quando da chegada dos novos profissionais do PSF, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

“Certa resistência das pessoas do posto, de não aceitação, por que achava que a gente não trabalhava, que a gente era preguiçoso, não teve isso explicitamente, mas teve implicitamente (...) então foi muito difícil pra gente. Quando a gente descia para atender na área de risco era como se a gente tivesse abandonando a unidade, não estivesse trabalhando. Na realidade não era isso, a gente estava fazendo um atendimento descentralizado da unidade” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“No primeiro momento foi como se nós tivéssemos chegado aqui e invadido o espaço do outro, que praticamente eles se sentiam donos do espaço. Não teve nenhuma explicação por parte da coordenação da unidade dessa preocupação com a nossa chegada. Então eu sentia as pessoas nos olhar não com bons olhos.. Houve muita resistência” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“Quando chegou o PSF na unidade, aí a gente começou um trabalho, e inicialmente houve assim uma rejeição do pessoal de 20h, aquele medo da mudança, uma unidade que nunca foi PSF, que a gente atendia como continua, todas as áreas de Fortaleza, vinha gente de toda Fortaleza, com a entrada do PSF a gente foi aos poucos trabalhando nas rodas, falando sobre como era o PSF, o próprio PSF fez a apresentação do que era PSF para unidade, que até então não conhecia, como trabalhava..” (ENT 12, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

Nesse sentido, as falas demonstram as dificuldades encontradas no processo de implantação dessas novas equipes, destacando a resistência que alguns antigos funcionários da rede tinham com relação a esse novo modelo. Essa resistência se manifestava de forma implícita e explícita. Em algumas falas, foram apontadas expressões como “preguiçosos”, “invasão de espaço”, “não ser visto com bons olhos”, que denotam a insatisfação inicial no convívio com esses novos profissionais. Esses sentimentos podem estar relacionados ao processo de transição, do medo da mudança, do novo, associados à falta de preparo e informação em muitas dessas unidades de como seria desenvolvido o trabalho dessas equipes.

A pesquisa intitulada “Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos”, realizada em 2005, pelo Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz, aponta que na maioria dos municípios estudados, os prefeitos e secretários municipais de saúde apoiaram a implantação do PSF. Ainda assim, foram apontadas resistências entre os profissionais de saúde em seis das dez cidades estudadas. Esta resistência aumentou quando o programa foi ampliado pois além de envolver médicos e enfermeiros do serviço público, atingiu também o setor privado, sendo expressa através da baixa adesão dos profissionais (principalmente médicos) às equipes (BRASIL, 2005).

Os principais motivos que geraram as resistências, mencionadas nesse estudo, foram: dificuldades na formação médica, que deixava lacunas na atuação enquanto médico generalista; elevada carga horária; resistência às novas concepções e ao tipo de atividades exercidas e baixa confiança na permanência do programa. Outras críticas foram feitas por profissionais que atuavam em outras unidades, referentes à idéia de que os profissionais do PSF teriam uma remuneração melhor; à prioridade conferida pela gestão a esta estratégia, colocando a rede tradicional em segundo plano e ao aumento da demanda em decorrência da implantação do PSF (BRASIL, 2005).

A categoria médica questionou a precarização do vínculo de trabalho, cuja forma de contratação, na maioria das vezes, se dava por cooperativa ou CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), não garantindo a estabilidade. Além disso, criticava-se também o regime de trabalho que exigia dedicação exclusiva, a carga horária elevada e a falta de flexibilidade. Quanto ao setor privado, este não estabeleceu inicialmente uma posição clara a respeito da implantação do PSF. Entretanto, em duas cidades estudadas – Vitória da Conquista e Camaragibe – houve uma redução no número de internações na pediatria e na clínica médica, o que levou ao descredenciamento de leitos do SUS e perda de lucratividade dos prestadores privados, os quais passaram a se posicionar contra o PSF (BRASIL, 2005).

Este estudo demonstrou que substituir unidades que já existem e transformá-las em PSF produz mais conflitos que a criação de estruturas novas, em áreas descobertas (BRASIL, 2005). Podemos considerar que isso aconteceu em Fortaleza, pois, como detalharemos mais adiante, os conflitos estiveram mais presentes nas unidades que foram adaptadas para receber as equipes do PSF.

Entretanto, alguns participantes divergem acerca da existência de resistência no decorrer do processo de implantação das novas equipes do PSF, conforme nos mostram os depoimentos abaixo:

“Quando eu cheguei já funcionava, já tinham outras equipes de PSF que estavam funcionando, e eu cheguei mesmo pra fazer o PSF, atendia os pacientes da minha área, atendia como PSF mesmo (...) apesar de eu ser especialista eu não fiquei atendendo só a minha especialidade, fiquei atendendo outras coisas, e não teve nenhuma resistência não..” (ENT 5, MÉDICO, GRUPO TS)

“A equipe que chegou do concurso é uma equipe muito boa, a gente acolheu muito bem... são compromissados e a gente está conseguindo levar, fazer com que o Programa de Saúde da Família, ele, seja um Programa de Saúde da Família mesmo, como diz o Ministério da Saúde, como diz o SUS...” (ENT 9, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

Alguns entrevistados, portanto, não tiveram a percepção de que houve resistência no processo de implantação. Ao contrário, sentiram-se muito bem acolhidos, fato observado, principalmente, nas unidades que já tinham equipes de PSF. Ou seja, a maior dificuldade percebida nas falas era inserir PSF onde este não existia. O conflito observado foi predominante em unidades que não tinha equipes de PSF, o que gerou uma disputa de modelo.

De acordo com informações coletadas através de uma informante-chave (IC-A), em 2000, não houve resistência à chegada dos profissionais do PSF, os quais, ao contrário, foram bem recebidos por alguns funcionários. Existiram, entretanto, alguns conflitos por parte de especialistas que também eram médicos das equipes de PSF, pois queriam atuar como especialistas e não como generalistas, dificultando o processo de trabalho das equipes.

Apesar dos problemas enfrentados, segundo a IC-A, um dos aspectos diferentes em relação a hoje diz respeito à própria questão da organização do processo de trabalho das equipes e da implantação do PSF. Nesse período, ela colocou que os profissionais tinham mais autonomia, os agentes de saúde eram coordenados diretamente pelos enfermeiros e a territorialização foi construída pela equipe, ou seja, a implantação foi feita pela equipe de PSF. A coordenação das unidades era exercida pelos profissionais do PSF, que se revezavam

de seis em seis meses. Esses aspectos foram considerados por ela como facilitadores no processo de implantação do PSF, em 2000.

A informante-chave (IC-B) também mencionou que não houve resistência, na época das primeiras equipes, por parte dos funcionários que já atuavam na rede, em aderir ao PSF. O que aconteceu, segundo ela, foi o medo do novo, processo considerado por ela como natural e esperado na fase inicial de implantação do PSF.

A boa acolhida às novas equipes do PSF pode ser explicada também pelo desejo de mudança por parte de alguns ACS, conforme podemos captar no relato abaixo:

“A gente foi muito bem recebido, eu acho que principalmente por parte dos agentes de saúde, a gente notava muito que eles queriam que a coisa funcionasse, acho que alguém que botasse as coisas nas rédeas, mas aí não deu, não rolou (...) eu acho que até eles tem uma vontade muito grande que a coisa mude, tinham, tem ainda, que mude, que melhore, então eu não julgo dizer assim: ah eles não querem mudar por que não querem, pode até ter alguns, mas acabam se acomodando mesmo por não ter estímulo” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

Fica claro nesta fala que existe um desejo de mudança por parte dos ACS, já que na unidade onde esta entrevistada trabalha, existiam equipes de PSF que atuavam somente no papel, mas que na prática não atendiam aos princípios da estratégia. A chegada dos novos profissionais era vista como uma luz no fim do túnel, por isso, foram recebidos de portas abertas. Havia, portanto, o desejo de que as coisas funcionassem, melhorassem, mas a desmotivação ainda era muito forte.

A respeito da ausência de preparação dos antigos funcionários da rede na atenção básica para receber o PSF, a maioria dos discursos destacou que não houve essa preocupação por parte da gestão, como podemos observar nos relatos abaixo:

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

“As pessoas achavam que o pessoal do PSF ia ganhar muito, é a história da diferença de salários, que nem tem... ciúme né, você está vindo tomar minha vaga e aí, não teve organização na verdade na implantação aqui em Fortaleza, primeiro por que as pessoas não estavam preparadas, quem já estava, os profissionais 20 horas, eles não foram ouvidos, na minha opinião, assim, eles não tiveram, foi uma coisa imposta o pessoal vem e vocês que se virem..” (ENT 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“... então nós chegamos como nós tínhamos a impressão que os profissionais tinham sido preparados pra nossa chegada, nós não nos preocupamos com essa questão. Eu vejo que

se passaram mais ou menos um ano e nove meses nós estamos nos preocupando agora, quer dizer agora que a gente reúne o nível médio, o nível superior (...) não é que nós esperávamos que tivesse tudo preparado arrumadinho para nos receber, mas nós achávamos que tinha pelo menos uma explicação do que é esse saúde da família, já que já existia no município, nós acreditávamos” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

É bastante evidente nas falas a ausência de preparo no sentido de informar aos antigos profissionais da rede, seja nível médio ou superior, como seria esse processo de transição e como seria na prática o trabalho do PSF. Embora em algumas unidades já funcionasse como PSF e muitos já tivessem pelo menos ouvido falar sobre como se dava o processo de trabalho das equipes, e em algumas unidades a operacionalização dessa estratégia ainda não estava clara. Alguns achavam, inclusive, que o trabalho das equipes era restrito às comunidades e que servia apenas para realizar visitas domiciliárias. Existiram, então, muitos desinformações, do tipo: perda de espaço, transferência por medo de represálias, diferenças salariais, atividades equivocadas inerentes ao PSF, enfim, informações infundadas e desnecessárias que poderiam ter sido evitadas se de fato houvesse um envolvimento dos antigos funcionários, inclusive valorizando suas atribuições. O desconhecimento causou muitos conflitos em algumas unidades, gerando desconforto.

Esse desconhecimento e insegurança por parte dos antigos funcionários da rede, pode ser melhor ilustrado a partir do depoimento abaixo:

“Houve muito medo dos profissionais porque estavam vendo a hora ser posto pra fora (...) eu acho que essa coisa de ser dita que ninguém ia ser posto pra fora teria evitado muita coisa, entendeu? (...) então foi um pouquinho de falta de tato, assim de como preparar, porque na realidade como é que você pode se livrar de funcionário, uns concursados e outros não, como? (...) Então como é que você acha que uma pessoa com 25 anos de serviços vai ser posto no meio da rua? É muito tempo...passa assim uma vassoura e joga todo mundo na rua? Então não é porque hoje vão chegando outros profissionais que você vai se desfazer do que você tem, e nessa época aconteceu isso, criaram essa expectativa de remoção, de uma transferência num sei pra onde, sabe, e ficou todo mundo lá abalado, todo mundo, cada categoria se mobilizou, junto com seus conselhos regionais, federais, para procurar os seus direitos, para permanecer onde estava, então isso criou um clima muito ruim, quer dizer e no fim o povo do PSF que não tinham nada a ver com a história, sofreu.” (ENT 8, DENTISTA, GRUPO COORD)

Neste discurso fica claro a preocupação inicial dos antigos funcionários no sentido de como ia ficar a situação deles, com a chegada dos recém-contratados. E muitos sentimentos foram gerados a partir disso: angústia, medo, expectativas, rejeição, entre outros que acabaram afetando a relação dos novos profissionais com os antigos e a própria prática do PSF.

Segundo pesquisa realizada pelo MS em 2005, são necessárias, para o processo de implementação do PSF, estratégias de apoio que irão funcionar como aspectos facilitadores, tanto diminuindo as resistências como conquistando a sua legitimidade. O estudo recomenda que estas estratégias ocorram antes mesmo das equipes se instalarem e que envolvam os gestores, os técnicos, os profissionais de saúde e a população. Nos municípios estudados, foram detectadas as mais diversas formas de discussões, tanto prévias como paralelas à implantação, sendo classificadas como restritas ou ampliadas, dependendo do grau de discussão (BRASIL, 2005).

Em alguns municípios, a sensibilização restringiu-se a técnicos da SMS, porém, na maioria dos municípios, houve o envolvimento dos gerentes e dos profissionais da rede. Nos processos ampliados, houve vários mecanismos de participação e mobilização: discussão no CMS (Conselho Municipal de Saúde), criação de Conselhos Locais de Saúde, plenárias de saúde, pré-conferências e Conferências Municipais de Saúde, além do debate e do envolvimento das comunidades selecionadas. Nas comunidades assistidas, a mobilização se deu através de recursos como rádio e carro de som, reuniões e materiais educativos distribuídos pelos ACS nas visitas, a fim de esclarecer a população sobre a proposta do PSF. Em algumas cidades, foi mencionado o envolvimento da mídia, através da divulgação na televisão e noticiários local e nacional.

Em Fortaleza, poucas iniciativas como estas foram utilizadas. O preparo para a recepção dos novos profissionais, quando evidenciado nas falas e nos relatórios de gestão, se referiu ao curso de imersão que foi oferecido aos 850 novos profissionais, entre médicos, enfermeiros e dentistas. Compreendemos que o curso deveria ter sido ofertado também aos profissionais antigos, que atuavam na rede há mais de 25 anos, já que estes atendiam sob a lógica do modelo tradicional e iriam passar a atuar no mesmo espaço territorial das equipes do PSF. O curso teve a intenção de uma acolhida sem dúvida importante, mas essa parte mais técnica-operacional poderia ter sido abordada também com os trabalhadores de saúde da rede.

A exemplo de outros grandes centros urbanos, tais como os mencionados na pesquisa realizada em 2005 pelo MS, Fortaleza não incentivou espaços de discussão previamente à ampliação do PSF. Não foram utilizadas ferramentas como: textos, seminários, capacitações, cursos, oficinas e rodas de gestão, que poderiam proporcionar conhecimento acerca de conceitos elementares que pautam a filosofia do programa. Ou seja, sensibilizar o antigo servidor fazendo-o compreender o que seria esse novo modelo, como esses novos

profissionais trabalhariam e o que mudaria na dinâmica do processo de trabalho. E, quem sabe, construir com eles alternativas de trabalhos em parceria.

Uma das falas, que relatam o atendimento de demandas não características do PSF, evidencia o desconhecimento ou o próprio conhecimento equivocado que prejudica a organização do sistema:

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

Compreendemos, a partir desse relato, que os trabalhadores de saúde das unidades, não especificamente os que atuam diretamente no PSF, ainda desconhecem as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde do PSF e o trabalho que deve ser exercido nas famílias e comunidades. Isso se deve ao próprio perfil das unidades, que na sua grande maioria, prestavam atendimento à população predominantemente clínico e fragmentado, com ênfase nas especialidades e na demanda espontânea da população.

Para Mendes (2002a), ainda existe deficiência na compreensão do PSF como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, fato que se constitui como obstáculo na implantação e consolidação do programa. Para este autor, isto pode levar ao desenvolvimento de um programa focalizado e simplificado. Como caminhos de superação, ele propõe que os municípios se utilizem de ferramentas de comunicação social que possam se fazer compreender por atores sociais relevantes que poderão contribuir nesse processo. Ou seja, é importante a viabilização de seminários microrregionais e municipais, audiências nas mais diversas instâncias (assembleia legislativa, câmara de vereadores, conselhos de saúde, corporações profissionais, universidades, prefeituras, secretarias), envolvimento da mídia e internet, que possam disseminar o que significa a estratégia e o seu impacto no sistema de saúde. Em parceria, as equipes devem ter o compromisso, junto à população, de não só disseminar esse conhecimento mas também atuar como aliados em busca da reversão do modelo assistencial.

O próprio desconhecimento do que seja o PSF pode levar à desvalorização política e social do espaço da APS. Por isso, se faz necessário que todos os espaços, seja gestão, academia, instituições, governo, mídia, trabalhadores ou usuários, compreendam e valorizem a APS, caso contrário, ficaremos apenas no discurso ou em avanços superficiais,

que só servem para alimentar a idéia de uma “medicina de pobre para pobre”. Apesar das conquistas, a ESF ainda enfrenta muitos obstáculos para se tornar hegemônica. O modelo fragmentado, flexneriano, é muito coerente com as demandas do mercado, muito mais do que com a proposta da APS.

Neste sentido, a academia tem um papel importante, que é desmistificar os pré-conceitos formatados de que a APS representa pacotes assistenciais do governo. Como exemplo desta desvalorização, temos a pouca procura de profissionais, especificamente médicos, para atuar na APS ou cursar residência em saúde da família. Assim, como a visão restrita de alguns sujeitos de vincular a APS ao eterno “postinho de saúde” (BRASIL, 2007). Em Fortaleza é preciso fortalecer todos esses espaços, que ainda se encontram fragilizados, muito embora haja esforços nesse sentido de construir um novo modelo de atenção à saúde, pautado nos princípios do SUS. Acreditamos que precisamos fortalecer esses esforços na gestão local.

O documento técnico do CONASS aponta alguns motivos que podem estar refletindo a desvalorização dos profissionais para atuar na APS, tais como: a falta de reconhecimento social desses profissionais, o pouco investimento na educação permanente, a falta de infra-estrutura das unidades, a pouca possibilidade de participação em congressos e eventos e a ausência de estímulo a produção intelectual, a precarização do vínculo e as questões salariais. Esses aspectos são cruciais para a fixação dos profissionais e a possibilidade de viabilizar-se os princípios da APS (BRASIL, 2007).

Pensando sobre estes fatores e articulando com a realidade de Fortaleza, podemos identificar alguns aspectos que se apresentaram como facilitadores e outros como dificuldades na implantação da estratégia. A exemplo disto, podemos citar como facilidades: o avanço na educação permanente através da criação do SMSE e na desprecarização do trabalho, com a realização do concurso público, e como obstáculos: as remunerações, que, principalmente para os médicos, ainda são pouco atrativas; as unidades de saúde, que em sua maioria ainda não oferecem estrutura física adequada; o pouco incentivo à produção intelectual e liberação para congressos, que variam de acordo com a coordenação das unidades e/ou das SER; e, por fim, o pouco reconhecimento por parte de alguns especialistas, frente à importância que os trabalhadores do PSF tem no desenvolvimento de suas atividades.

Nesse sentido, é importante que todos que estão inseridos no sistema compreendam que a estratégia saúde da família visa reverter à forma atual da prestação de assistência à saúde, estimulando a implantação de um novo modelo de saúde em que as

equipes de saúde da família passam a resolver a maior parte dos problemas de saúde, tendo em vista que trabalham a família e não o indivíduo, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, interferindo em fatores que contribuem para a promoção da qualidade de vida das pessoas e intervindo nos fatores que colocam sua saúde em risco.

O trabalho do PSF deve ser voltado para ações que podem ser realizadas tanto na unidade de saúde como nos domicílios e nas escolas, através da atuação prioritária em sete áreas estratégicas da Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS-2001) que são: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher (BRASIL, 1998).

É importante destacar ainda três aspectos importantes dessa estratégia: a mudança de objeto, que deixa de ser o indivíduo e passa a ser a família; a transformação na sua forma de atuar, já que busca a criação de vínculos e a organização geral dos serviços, propondo-se a integrar os três níveis de atenção. Não se pode pensar de forma reduzida ao achar que surge apenas para beneficiar os mais necessitados ou excluídos. A implementação da Estratégia Saúde da Família é um processo progressivo e ascendente, em permanente construção (BRASIL, 1997).

Esses aspectos discutidos acima revelam-se, em sua maioria, fragilizados e/ou ausentes, na medida que ainda é incipiente o processo de implantação do PSF em Fortaleza. Alguns são desconhecidos, outros pouco exercitados e alguns efetivados. A ESF exige a discussão, junto às equipes, e de maneira mais forte com todos os trabalhadores de saúde das unidades, de vários conceitos necessários para efetivar esses princípios.

Na verdade, acreditamos que para as equipes do PSF, o seu papel está claro. Entretanto, isso não parece acontecer para os demais funcionários da rede, o que indiretamente compromete o cumprimento dos objetivos do programa. Por exemplo, se a funcionária do SAME não tiver a compreensão de que o médico e o enfermeiro da equipe podem e devem realizar a puericultura (avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de um ano), ela vai continuar agendando para o pediatra. Se o profissional de nível superior responsável pelo acolhimento não entender que a prevenção ginecológica é da competência também do enfermeiro do PSF, ele vai continuar encaminhando desnecessariamente para a ginecologista da unidade.

Alguns discursos se mostraram divergentes, relatando que houve um preparo que antecedeu a chegada dos novos profissionais nas unidades, como apontam as falas abaixo:

“Bom... a gente aqui na unidade a gente teve a oportunidade de ver bem essa transição porque ela começou bem antes de ocorrer o concurso nós ficamos sabendo e houve assim uma preparação inclusive dos próprios servidores e funcionários da unidade que foi a gente inicialmente fazer uma imersão deles no saúde da família explicar o que era o saúde da família e explicar que o saúde da família vinha suprir as necessidades que todos sentiam então foi feito assim toda uma sedução, uma sedução deles né..” (ENT 10, ENFERMEIRO, GRUPO COORD)

“A gente começou trabalhando primeiramente quando teve o concurso, saiu a relação de aprovados, começou a trabalhar com os nossos funcionários sobre uma nova fase, que iam entrar novos profissionais, como era uma unidade de médicos de 20 horas, especialista, ginecologista, clínico, cada um tinha a sua função, houve um receio inicial que a gente é uma unidade referência de repente passar a, a gente teve que trabalhar a unidade por um tempo de adaptação” (ENT 12, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

As falas sinalizam que algumas unidades tiveram a preocupação de preparar os seus funcionários para a mudança na dinâmica do trabalho. Percebemos ainda que houve uma variação nesse processo por SER. Por exemplo, as falas dos entrevistados da SER II apontam que houve a preocupação de reunir os coordenadores e discutir textos, os quais se comprometeram a repassar e sensibilizar os profissionais da ponta nas rodas de gestão. Na SER V, a iniciativa partiu dos próprios coordenadores. Outros não se deram o trabalho, por achar óbvio e desnecessário. Enfim, esse primeiro momento não ocorreu de forma homogênea, tendo acontecido em poucas unidades. Em algumas, ocorreu apenas de forma pontual; e em outras, não houve esse processo.

Alguns entrevistados expressaram opiniões sobre as reações dos usuários e os depoimentos apontam para a percepção de aceitação dessa nova estratégia nas unidades:

“... aí pros usuários foi excelente, eu, na minha opinião, eu acho, não ouvi nenhuma reclamação, por que assim, aumentou o número de profissionais pra atender, e conseqüentemente o número de consultas, de atendimento, a produção foi lá pra cima, apesar de que no PSF a produção é o de menos, o que vale é a qualidade” (ENT 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“(...) as pessoas notam a diferença até mesmo do atendimento clínico, assim doutora como aqui é bom né, vocês conversam com a gente, sabe então assim, eles notam essa diferença, até mesmo no atendimento clínico, na relação do profissional com a comunidade, eles estão notando isso” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

De acordo com a compreensão dos entrevistados, apesar do pouco entendimento dos usuários acerca do PSF, de maneira geral, eles acolheram bem as equipes. Nas falas observou-se que essa aceitação se deve possivelmente ao aumento do quantitativo de

profissionais, que conseqüentemente gerou um maior aumento do número de consultas e a forma de atender as pessoas, a escuta, o vínculo, a relação com o profissional que mudou, que saiu da impessoalidade.

Segundo Almeida (2003), estudo realizado em um município do interior do Ceará apontou que as famílias conhecem o trabalho das equipes de PSF, porém desconhecem os aspectos referentes a filosofia do programa. Segundo a autora essa desinformação pode estar atrelada a pouca divulgação através dos meios de comunicação e da própria prática do PSF que ainda esta voltada para o atendimento individual e focalizado. Ou seja, o fato de ter PSF, não garante que a lógica do modelo de atenção seja diferente do tradicional.

Apenas dois discursos colocaram a dificuldade de aceitação do trabalho do PSF, conforme aponta as falas abaixo:

“No começo foi difícil assim a população porque a população demorou um pouquinho para entender e na verdade é um processo educativo e todo processo educativo leva um tempo a gente vai aparando as arestas e tal vai ajeitando de um lado e do outro hoje eles aceitam muito bem e gostam” (ENT 4, ENFERMEIRO, GRUPO COORD)

“Foi devagarzinho, a gente fazia palestra, também a mesma resistência da população, teve do mesmo jeito, por que todo mundo vinha pra cá, por ser uma unidade ampla (...) É uma unidade das maiores que tem na regional V (...) todos os pacientes vinham sempre pra cá, e pra aceitar o PSF foi (...) foi aos poucos (...) 80% da população já sabe como funciona o PSF (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

A dificuldade de aceitação é considerada natural num processo de transição como se encontra o município de Fortaleza, numa população culturalmente enraizada no modelo biomédico, que supervaloriza a consulta com o especialista. Mesmo com tantos obstáculos, ainda se notou uma resistência mais forte por parte dos antigos funcionários da rede, do que propriamente dos usuários, colocando em jogo a busca pela relação de poder e o medo de perda de espaço ou quem sabe do “novo”.

4.1.3. O PSF de Fortaleza e os princípios organizativos preconizados pelo Ministério da Saúde

Tomamos como segundo ponto importante para a análise da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza os princípios básicos ou diretrizes operacionais propostas pelo MS. Buscaremos nesta discussão, articular as falas emergidas nas entrevistas confrontando com os princípios estabelecidos. A ESF, estruturada a partir da Unidade Básica, possui quatro

importantes princípios: caráter substitutivo, integralidade/hierarquização, territorialização/adscrição de clientela e equipe multiprofissional. Esses princípios são estabelecidos como importantes diretrizes do PSF (BRASIL, 1997).

Para discutirmos esses princípios, iniciaremos com o caráter substitutivo da proposta. Segundo Levcovitz e Garrido (1996) falar em substitutividade dá idéia de movimento, de processo, de construção histórica e não de momentos estanques. Substituir significa reverter às práticas convencionais por um novo processo de trabalho. Não se trata da criação de novas estruturas, mas sim, da mudança de paradigma.

Pensamos que ao falar em substituição não há espaço para o complementar, o paralelo, ou seja, não há como ter dois modelos de atenção no mesmo espaço físico. Se há, o termo correto seria substitutivo ou complementar? Levcovitz e Garrido (1996) reafirmam que o PSF não se trata mais de um programa e sim de uma estratégia, não paralela na organização dos serviços, mas que deve atuar como substitutiva na reversão do modelo assistencial. Se pensarmos do ponto de vista da mudança das práticas, este princípio realmente implica substituição. Não necessariamente significa reverter o modelo existente e sim tornar o PSF uma prática hegemônica dentro da organização do serviço de saúde, já que para Mendes (2002a) sempre haverá a convivência dos dois modelos: o convencional e o PSF.

Nessa perspectiva, o discurso abaixo aponta que não temos ainda de fato uma substituição de modelo, como podemos observar:

“Eu acho que a gente faz muito as práticas tradicionais, de estar atendendo demanda, pelo menos aqui nessa unidade, por que o PSF no meu conceito é você estar, está certo você tem que atender, mas é você estar também fazendo promoção de saúde, a gente não faz aqui” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“(...) realmente a medicina curativa ainda impera muito, às vezes nós temos que nos sentar com um profissional especialista e falar porque que é tão importante o nosso atendimento porque é tão diferente do outro atendimento (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Nessa fala fica clara a noção de reprodução de velhas práticas, representadas pelo atendimento de demanda espontânea com ênfase no atendimento clínico centrado na cura. Não existe de fato ainda o cumprimento desse princípio, que na nossa compreensão, é um dos princípios mais difíceis de serem implementados, sobretudo em grandes capitais, onde a cultura do modelo tradicional é forte. Muito mais simples do ponto de vista operacional é implantar o PSF no interior, por exemplo, onde os usuários passam da condição muitas vezes de nenhum ou pouco acesso à saúde para uma perspectiva de acesso integral e contínuo, que é

o PSF. Não existe a pressão dos planos de saúde nem dos grandes hospitais. O PSF encontra campo fértil para sua consolidação. Substituir o modelo é tarefa muito difícil, um verdadeiro desafio.

O caráter substitutivo do PSF, conforme Levcovitz e Garrido (1996), aponta duas dimensões importantes: a técnica e a político-administrativa. Tecnicamente, a unidade de saúde da família passa a ser a porta de entrada do sistema, o que representa uma transformação que vai desde a parte física até o seu sistema de informações. Sem essas mudanças, o risco é de ficar no discurso, sem de fato haver uma substituição. Nessa linha tênue entre a parte física e o sistema de informações, acrescentamos a mudança de todos os trabalhadores da rede, no caso de unidades que não específicas de PSF. É importante ter uma estrutura adequada para comportar essas equipes e operacionalizar as ações, ter um sistema de informações atuante e fidedigno, entretanto, pensamos que seja mais importante ainda termos sujeitos envolvidos com essa mudança de modelo. A segunda dimensão, político-administrativa, valoriza os gestores que queiram de fato reorganizar a sua atenção básica. Isso ocorreu principalmente a partir da NOB-96.

Ainda com relação à dimensão técnica em que o PSF é colocado como porta de entrada do sistema, é importante considerar que essa idéia surge no intuito de estabelecer um primeiro nível de contato do paciente, da família e da comunidade com o sistema de saúde, de forma contínua, garantindo assim a igualdade de acesso à saúde para a população, através da adoção de medidas para prevenção de doenças, promoção da saúde e qualidade de vida. A porta de entrada consiste na acessibilidade do usuário ao sistema que guarda estreita relação com o princípio da universalidade, princípio do SUS, expresso na Constituição Brasileira (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Sobre o acesso, as falas expressam que houve melhora, apontando-o como uma das facilidades que o PSF proporcionou, conforme observamos nos discursos abaixo:

“Olha, assim, por exemplo, particularmente na minha área o acesso da minha comunidade ao serviço, foi uma melhorada assim brusca, porque muitas pessoas da comunidade que eu trabalho, dizem que minha comunidade é a comunidade mais difícil, mais longe da unidade, então eles dificilmente tinham acesso, porque eles eram os clientes que chegavam mais tarde na unidade por conta da distância, por conta que não tem um transporte que chegue aqui na unidade eles tem que vir caminhando é longe, agente já mediu a quilometragem é 3 km da minha comunidade pra cá pra unidade, eles tem que atravessar a BR 116, então assim a grande melhora foi esse acesso aos serviços ofertados” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“Olhe e veja bem, você se encontrar na sua residência, você impossibilitado de chegar a uma unidade de saúde, chegar uma equipe na sua casa, é o que todo mundo queria, é o que todo mundo deseja, você está com seu pai que não anda, não tem condição de se

locomover até a unidade e você comunicar a unidade de saúde e chegar esta equipe lá é prazeroso demais, é você se auto-realizar” (ENT 7, PSICÓLOGA, GRUPO COORD)

Podemos observar que o acesso dos usuários às unidades melhorou de forma significativa após a ampliação das equipes de PSF, que possibilitou o atendimento descentralizado, em áreas mais distantes; a prioridade no atendimento, através do acolhimento; e as visitas domiciliares, para usuários impossibilitados de se deslocarem até a unidade. Todas essas iniciativas fazem parte do cotidiano das práticas inseridas no processo de trabalho desses profissionais, no sentido de atender às necessidades de saúde da população.

Sobre estes avanços, Vieira (2001) coloca que estes aspectos podem ser observados, já em 1998, com a implantação das primeiras equipes de PSF, em que se constatou não só a melhoria do acesso, mas a organização da demanda, a melhoria do nível de satisfação dos usuários e a redução dos indicadores de morbidade e mortalidade.

Ao compreender a atenção básica como porta de entrada do sistema, pretende-se com isso, evitar a multiplicidade de portas de entrada, já que o perfil dos usuários atendidos nos outros níveis de atenção são em grande parte demandas que poderiam ser resolvidas no âmbito da atenção básica. Desta forma, espera-se que teremos um fluxo mais organizado e mais resolutivo (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007). O Documento do CONASS justifica que o primeiro contato deve acontecer na ABS, já que esta é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da população e por isso a mais adequada para atuar como porta de entrada do sistema (BRASIL, 2007).

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, devemos considerar dois importantes tipos: o geográfico, que envolve aspectos como distância, transporte, barreiras geográficas tais como: morros, rios, dentre outros e o sócio-organizacional ou funcional, que diz respeito aos obstáculos que dificultam o atendimento das pessoas nos serviços. Podemos citar vários exemplos tais como: horário de funcionamento inadequado para a população, marcação de consultas, estabelecimento do número de “fichas”, longas filas, dentre outros (STARFIELD, 2002).

Entretanto, devemos entender que para facilitar o acesso dos usuários e fazer com que a APS funcione enquanto porta de entrada é necessário garantir resolubilidade, acolhimento e uma prática voltada para a família e para comunidade e não para a doença. Neste sentido, as equipes têm buscado inovar através da implantação do acolhimento nas unidades, atendimento em outros turnos, dentre outros (BRASIL, 2007). Estas tentativas têm

feito parte da realidade de Fortaleza, uma vez que foi implantado o acolhimento nos CSF e também a oferta do atendimento no terceiro turno em 36 unidades, funcionando com equipes de PSF e com plantonistas durante a semana e só com plantões, no final de semana.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coloca que a ABS deve “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade” (BRASIL, 2007). Para Starfield (2002), primeiro contato significa utilizar um serviço de saúde como porta de entrada, ou seja, primeiro recurso a ser buscado quando existe uma necessidade de saúde, seja esta um novo evento ou um novo episódio do mesmo evento.

O PSF surgiu com o objetivo de atender o núcleo familiar, enfrentar os problemas na implantação do SUS, descentralizando os serviços de acordo com as reais necessidades da população que se manifestam como prioridades. É nessa perspectiva que se propõe um novo eixo estruturante, que valorize vínculo, responsabilidades e integração no sistema local de saúde, e não uma substituição no sentido fundamentalista. Para estes autores, responsabilidade e vínculo não se garantem por decreto (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996).

Entretanto, as dificuldades na sua operacionalização, que comprometem a qualidade e a eficácia do atendimento, têm colocado outros serviços de saúde como porta de entrada para problemas de nível primário, desordenando o sistema. Para que o saúde da família seja de fato a porta de entrada é necessário a integração dos diversos níveis de atenção, para que de fato haja a mudança (SOUSA, 2002a).

Assim, se faz necessário a viabilização do segundo princípio, que é o da Integralidade e Hierarquização, que segundo Brasil (1997) significa entender o PSF como primeiro nível da atenção, em que deve ser garantido o atendimento nos demais níveis, assegurando o sistema de referência e contra referência, quando da necessidade de encaminhamentos pela atenção básica para serviços de maior densidade tecnológica.

O entendimento do PSF apenas como primeiro nível de atenção é criticado por Mendes (2002a), uma vez que este se resume a organização da demanda, garantindo a resolubilidade do sistema, apenas neste nível de atenção. Para este autor, a compreensão do PSF como estratégia de organização do serviço e não tão somente do primeiro nível, é a mais adequada por entender a APS numa perspectiva de rede, articulada aos demais níveis.

Com relação ao conceito de integralidade, Paim (2006) considera-o polissêmico tendo em vista que abrange quatro aspectos: primeiro, a garantia das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação; segundo, a consideração pelos profissionais de saúde das dimensões biológica, psicológica e social junto aos usuários de saúde; terceiro, a continuidade das ações de saúde nos vários níveis de atenção e finalmente, a articulação entre os diversos setores das políticas públicas de forma a atingir os determinantes da saúde.

Mattos (2001) complementa afirmando que existem vários sentidos acerca do princípio da integralidade e que estes convergem para ampliação das percepções daqueles que fazem o SUS em identificar as necessidades de saúde escondidas através da subjetividade dos sujeitos. Para este autor, a integralidade talvez seja possível se houver abertura para o diálogo. Implica uma recusa ao reducionismo e a objetivação do sujeito.

A integralidade deve ser lembrada ainda não apenas como princípio do PSF, mas como uma das diretrizes do SUS previstas na Constituição de 1988, que prioriza ações articuladas de prevenção e cura. Dessa forma, o PSF busca prestar um atendimento à população de forma integral, capaz de abranger as suas necessidades. Esse princípio implica ainda estreitar a relação entre a atenção primária e os demais níveis de atuação, buscando garantir apoio diagnóstico e terapêutico, o efetivo funcionamento dos serviços de referência e contra-referência, caso contrário, o PSF não vai se fortalecer enquanto eixo estruturante do sistema (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Sobre este princípio, um dos sujeitos da pesquisa coloca:

“O PSF não executa o princípio da integralidade, pois a carga de responsabilidades, a diversidade de ações, o número de usuários, a grande demanda, afasta o PSF de sua linha de ações e diretrizes. Além disso, há pouca integração com outros setores e níveis de atenção, sobretudo quando se trata de momentos de grande necessidade, surtos de doenças, situações de emergência, onde se observa que níveis diferentes de atenção se empenham em apontar falhas de outrem e esquecem de propor uma efetiva integração para a solução dos problemas (ENT 10, ENFERMEIRO, GRUPO COORD).

Este discurso aponta que ainda não conseguimos exercer a integralidade e a hierarquização de forma articulada aos demais níveis, haja vista os nós críticos que o PSF ainda enfrenta para garantir resolubilidade. Além de que não há um diálogo entre os três níveis que possa contribuir para esses avanços, permanecendo assim as dificuldades surgidas pelas limitações de cada uma dessas instâncias e pela própria desorganização do serviço, gerando várias portas de entrada que não se comunicam entre si e acabam por comprometer a qualidade dos serviços.

Podemos ilustrar melhor isso a partir da discussão trazida por Cecílio (1997), que critica a hierarquização através do modelo clássico da pirâmide. Para este autor, a pirâmide representa o nível de hierarquização dos serviços de saúde e como deveria ser organizado o fluxo de sua demanda. Na base, estaria a atenção primária em saúde, responsável pelos problemas de ordem “mais simples”, atuando em unidades de saúde com base territorial (área adscrita), na perspectiva integral do sujeito. Como exemplo, teríamos as unidades e equipes de PSF. Pretende-se que este nível de assistência se constitua na “porta de entrada” do sistema articulado com os demais níveis. Na parte intermediária da pirâmide funcionariam os serviços de média complexidade, tais como: exames, consultas especializadas, procedimentos e alguns serviços de urgência e emergência. E no topo da pirâmide os hospitais terciários e/ou quaternários por serem de maior densidade tecnológica.

Na verdade, a pirâmide traz uma visão muito mais racionalizadora, técnica e estrutural do que propriamente de resolubilidade de problemas reais dos usuários. Embora seja esta a intenção, abre portas para uma outra discussão, que perpassa a concepção de complexidade. Porque, por exemplo, a atenção primária não ficou no topo da pirâmide? O fato da APS ter se acomodado na base da pirâmide gerou conflitos na sua importância, dado que a sua posição indicava menor complexidade, diminuindo o seu valor. A pirâmide induz um sentido único de hierarquização e uma noção de complexidade equivocada.

As possibilidades que a pirâmide traz como organização do sistema não condizem com a realidade pois as funções se encontram desvirtuadas, contribuindo para que os usuários se utilizem de todas as possibilidades do sistema de forma desordenada. O modelo da pirâmide abre a necessidade de se repensar novos fluxos que possam atender as necessidades reais dos usuários, viabilizando um sistema mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECILIO, 1997).

A idéia discutida por este autor é a proposta do círculo. Pensar no sistema de saúde como um círculo significa estabelecer redes, troca, em que os sistemas se encontram articulados, tendo como centro a atenção primária à saúde, relativizando a concepção de hierarquização proposta pela pirâmide. O círculo dá idéia de movimento, dinamicidade e de multiplicidade de alternativas. Essa concepção não classifica os níveis por complexidade, não hierarquiza e sim abre possibilidades, como devem ser os modelos assistenciais do SUS (CECILIO, 1997).

Em conformidade com este autor, Mendes (2002b) reafirma a crítica da estrutura dos sistemas de saúde que têm por base o modelo piramidal, classificando-os como sistemas

fragmentados, por se constituírem em formas isoladas e incomunicáveis, organizados através de pontos de atenção a saúde ou níveis hierárquicos, segundo uma noção de complexidade equivocada. Essa visão reducionista leva a uma banalização da APS e uma supervalorização das práticas exercidas nos serviços especializados, por se considerarem mais “complexas”. Considerando essas limitações, Mendes (2002b) propõe a articulação dos sistemas em rede que ele chama de sistemas integrados, caracterizados por uma rede contínua de pontos que se articulam entre si, cada um com suas especificidades e importância no sistema, sem necessariamente estabelecer uma hierarquia.

O terceiro princípio se refere à territorialização e adscrição da clientela. Para Unglert (1995), territorialização significa o processo de apropriação do espaço, seja ele demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social, que ultrapassa a dimensão restrita vista apenas como um espaço geográfico, se conformando num território em permanente construção.

Este processo consiste em identificar a área de abrangência (área geográfica de responsabilidade de cada unidade de saúde); as áreas de atuação de cada equipe; as microáreas de risco (famílias que convivem num mesmo território, com condições de vida semelhantes e que compartilham situações de risco) e as áreas de influência (área geográfica comum a vários serviços), devendo ser levado em consideração o acesso dos usuários e as barreiras por ele enfrentadas, seja geográfica, funcional, cultural ou econômica.

Intimamente ligada ao processo de territorialização e dependendo dele, está a adscrição da clientela, através da qual cada equipe deve ter sua população cadastrada, ou seja, adscrita, numa quantidade que permita uma assistência adequada às necessidades de saúde da população. Isso implica dizer que as equipes serão responsáveis por determinado território, definido previamente no processo de territorialização. Esse processo facilita o acesso e fortalece o vínculo.

Mendes (1999) coloca que este princípio tem origem na organização da atenção primária, que tem como base um território definido onde atuam equipes de saúde da família, responsáveis por um determinado número de famílias. A delimitação desse espaço geográfico não significa, no entanto, uma forma de estabelecer “cercas”, mas atender à necessidade de responsabilização e vínculo para com uma comunidade adscrita.

De acordo com os dados coletados nas entrevistas, houve o processo de territorialização em Fortaleza, que contou inclusive com a participação dos trabalhadores de saúde das equipes. Neste sentido, alguns dos relatos destacam esses aspectos:

“... aí a gente sentou, organizamos as equipes, foram divididas as equipes, foi feita a territorialização, a divisão do território nas equipes... (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

“Nós recebemos a orientação da regional com o mapa de territorialização da área de toda a unidade de saúde, então passaram uma semana junto com a coordenação, os ACS, para conhecer todo o território o qual eles iriam trabalhar, logo após essa semana eles começaram a fazer a segunda semana visita dentro da área, a primeira semana foi interna com todo o mapa, olhando área por área, micro-áreas e dividindo, e a segunda semana eles foram para a área, a regional mandou o carro junto com a ACS os profissionais iam para área...” (ENT 7, PSICÓLOGA, GRUPO COORD)

Para esses sujeitos, o processo de divisão das áreas foi construído em conjunto, através de mapas, reconhecimento dos territórios e visitas à comunidade, momentos importantes que antecederam o recorte das microáreas por equipe. Em conformidade com a interpretação dessas falas, o documento do MS (BRASIL, 2007) coloca que a definição desse território deve ser construída, se possível, não só por técnicos da SMS, mas pela equipe e pelos usuários.

Entretanto, identificamos neste estudo áreas descobertas de PSF e micro-áreas sem ACS, aguardando a convocação dos demais profissionais do concurso e dos ACS que realizaram seleção pública. Por conta disso, para suprir essas deficiências, ultrapassaram-se os limites do número de famílias pelas quais cada equipe deve ser responsável, sobrecarregando os profissionais, conforme podemos observar na fala abaixo:

“... e foi imposto para a gente muitas vezes esse atendimento de uma população de 60 mil habitantes, nós viemos para atender uma população do mangue, mas na realidade nós atendemos a uma população de 60 mil habitantes (...) Aí é como eu lhe disse, o PSF aqui realmente não existe, existem as consultas com retornos agendados” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“A procura era muito grande de gente para atendimento, e a maioria dessas pessoas não são aqui da área (...) vem gente até do interior, por incrível que pareça, eu já atendi gente de São Luis do Curu, do Camocim, tu acredita? Graças a Deus, que quer dizer que o trabalho da gente está sendo bem reconhecido, está sendo bem aceito, as pessoas estão gostando do tratamento, isso é um orgulho muito grande que eu tenho, mas por outro lado é péssimo pra gente, por que a gente se sobrecarrega muito, a gente está deixando de atender a nossa população, de dar assistência aos usuários do nosso território, pra pegar de Fortaleza, quem sabe do Ceará todo, é difícil” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

O preconizado pelo MS é que cada equipe de saúde da família seja responsável por uma população de 600 a 1.000 famílias, não devendo exceder o limite de 2400 a 4 mil

pessoas por área, que corresponde ao território de atuação da equipe. Cada ACS será responsável por 400 a 750 pessoas (BRASIL, 1998, 2007). Ou seja, o município de Fortaleza, por conta do número insuficiente de profissionais, não está em conformidade com esta recomendação feita pelo MS.

Segundo o relatório de gestão de 2005/2006, o processo de territorialização em Fortaleza deu-se através de dois momentos: em 2005, quando foram delimitadas as microáreas de atuação dos ACS, considerando os critérios de risco e em 2006, quando os profissionais chegaram e se apropriaram de seu território (FORTALEZA, 2005, 2006a).

Entretanto, estas etapas não estiveram presentes na maioria dos discursos, de modo que em algumas unidades esse processo não ocorreu e em outras, deu-se de maneira equivocada e superficial. Não houve o envolvimento de todos os trabalhadores de saúde das equipes, uma vez que em muitas unidades já estavam previamente definidas as áreas, não havendo uma predominância da participação dos ACS, dos enfermeiros e de outros membros das equipes, nem tampouco o envolvimento das lideranças e da comunidade.

Segundo informante-chave (IC-A), em 2000, o processo de territorialização ocorreu de forma diferente, uma vez que foi construído por todos os membros da equipe como uma das etapas importantes do processo de implantação do PSF. Vieira (2001) reafirma essa informação quando coloca que a divisão do território ocorreu tanto pelas equipes, em que foram discutidos inclusive os conceitos de barreiras, acessibilidade, abrangência, área de influência, como também pelas lideranças dos bairros e conselhos locais de saúde, estreitando a relação entre a equipe e a comunidade. Segundo a autora, o trabalho envolvendo diretamente os membros das equipes permitiu o conhecimento da realidade das comunidades.

Destacamos, ainda que, nas unidades onde houve esse processo, a dificuldade reside não somente em respeitar o princípio, mas em operacionalizá-lo. Os discursos abaixo convergem quanto a essa dificuldade e a colocam como um verdadeiro desafio:

“A dificuldade atual nossa aqui é aquela que eu falei lá no começo a adscrição isso é o que queremos implantar aqui mas até por uma questão de orientação inicial a gente não vem fazendo isso como te falei a gente foi orientado no começo todas as pessoas atendidas na unidade serão garantidos o acesso mas agora como estamos nos baseando na filosofia do saúde da família nós precisamos fazer isso porque por exemplo se por um lado é bom a gente atender a todos por outro os pacientes que seriam os pacientes adscritos aqui ficam muitas vezes sem vagas porque foram dadas a vaga para uma outra área de pacientes que vem de outras áreas” (ENT 10, ENFERMEIRO, GRUPO COORD)

“Hoje, eu acho assim, que o Saúde da Família ele não está dando muita resposta à Fortaleza. Porque? Eu acho que as equipes estão poucas, pelo crescimento que está (...) para você ver uma unidade dessa aqui com duas equipes suportar o que agente está

suportando 56 mil hab com um hospital vizinho mas que não está atendendo” (ENT 11, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

“As pessoas não entendiam que o médico X e a enfermeira Y atendiam a área Y, então aquilo eles não entendiam o porquê, então muitas vezes cada um de nós tivemos que nos sentar com as pessoas do SAME e explicar o que é ser responsável pela área, o que é essa responsabilidade social epidemiológica por aquela área, e que todos os pacientes daquela área que me procurasse teriam que primeiro nos buscar” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Reconhece-se nestas falas a importância de se trabalhar dentro da lógica do saúde da família, com o princípio de área adscrita, já que a ausência dele pode trazer muitos outros problemas tais como: a não formação de vínculo, o não reconhecimento e apropriação da área enquanto “território vivo”; o não acompanhamento dessas famílias de forma organizada; a população da área pode deixar de ser atendida em detrimento de outra, dentre outros aspectos.

Este princípio é de suma importância no desenvolvimento do trabalho das equipes já que estas se apropriam inicialmente do território através da divisão de suas áreas de responsabilidade sanitária e é a partir desta área adscrita que são planejadas as ações em saúde, tendo por base o perfil epidemiológico.

O território onde trazemos a compreensão de “território vivo” em conformidade com a definição proposta por Milton Santos compreende não só um espaço geográfico, mas engloba todos os fatores que estão associados sejam eles sociais, políticos, culturais, econômicos e epidemiológicos e que vão influenciar e agir como determinantes no processo saúde-doença. O território é definido como “vivo” por ser um espaço permeado por sujeitos que estão inseridos num contexto vivido por relações dinâmicas, contraditórias, marcadas por disputas de poder, com diversidades culturais, étnicas, sociais, políticas, econômicas e que estão em permanente evolução (SANTOS, 1999).

Tendo como base essa definição, o relatório de gestão de 2005 aponta a importância do território como espaço de responsabilização das equipes de saúde da família pelo cuidado integral e pela promoção da saúde da população à ele adscrita. A adscrição das famílias a uma UBASF além de ser um modo de organização do serviço, fortalece a idéia de vínculo e de apropriação daquele serviço, daquele território, como sendo um espaço seu de direito. Há uma qualificação na aproximação entre os serviços, os trabalhadores de saúde e as famílias. Essa qualificação potencializa o processo de formação dos vínculos (FORTALEZA, 2005).

Quando não se trabalha com uma área definida, não se tem porque, nem para que, nem para quem planejar, não há como se ter parâmetros para avaliar o impacto do programa, nem tão pouco como uma mesma equipe acompanhar a sua população, já que esta é atendida por aquele profissional que tiver vaga no dia, dificultando o fortalecimento do vínculo e distanciando a equipe dos problemas sócio-sanitários daquela comunidade.

No discurso abaixo podemos observar a questão da importância de se ter não somente a área adscrita, mas da equipe se apropriar dela e de todas as informações que lhe são inerentes. Vejamos a fala do sujeito:

“... eu não tenho todos os dados, eu não tenho os números de hipertensos, diabéticos, de gestantes, eu não conheço a minha área em relação às famílias (...) eu sei todos os limites, eu sei quais são todas as ruas, mas como eu não tenho o elo de ligação que é o agente de saúde, então assim..” (ENT 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Esta fala demonstra que o conhecimento por parte dessa profissional no território se restringe apenas as questões geográficas (limites e nomes das ruas), mas as informações realmente necessárias para intervir no processo saúde-doença tais como: os dados epidemiológicos (número de famílias, de gestantes, de hipertensos, de diabéticos, de crianças menores de um ano, de vacinas atrasadas, dentre outros) e os dados sociais (condições das famílias, habitação, saneamento, crenças, lazer, renda, emprego, equipamentos sociais da comunidade, dentre outros), ela não dispõe.

A maioria dessas informações são geradas a partir do preenchimento da ficha A (instrumento utilizado para a realização do cadastro das famílias) efetuado pelo ACS, que é de uso de toda a equipe. Como o quantitativo de ACS na maioria das unidades ainda é insuficiente, esses dados são ausentes ou pouco confiáveis. Portanto, o retrato desse território ela não tem, já que não teve oportunidade ainda de se apropriar do seu território e a partir dele, realizar o diagnóstico situacional e o planejamento das ações. Ou seja, apenas um dos aspectos (geográfico) está sendo contemplado neste dado, exigindo uma reflexão por parte dos trabalhadores da equipe de se apropriar de fato desse território e quais dificuldades enfrentam no cumprimento desse princípio.

Esse princípio deve ser considerado inclusive como atribuição básica das equipes de PSF, que é de conhecer a realidade das famílias pelos quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas. As equipes devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias e do seu território. Conhecer significa se apropriar de dados como lazer, cultura, religião, renda, escolaridade, saneamento, tipos de

casa, equipamentos sociais disponíveis, dentre outros. Deve identificar os problemas de saúde prevalentes e dessa forma traçar o perfil epidemiológico de sua área e a partir dessa análise situacional, traçar um plano com a ajuda da própria comunidade; prestar assistência com base na integralidade e desenvolver ações de educação em saúde de forma permanente e contínua, buscando a intersetorialidade (BRASIL, 1997).

Em Fortaleza, além das barreiras tais como: desproporção de equipes em relação à população, equipes incompletas, quantidade ainda insuficiente de ACS, áreas descobertas, falta de infra-estrutura para prestar o atendimento e organizar as ações, existe também a pouca compreensão por aqueles que estão administrando a unidade e até mesmo pelos antigos profissionais da rede sobre a importância de ser responsável por uma determinada área, já que estes atendiam demanda livre.

Em consequência, temos equipes atendendo toda a população da área de abrangência da unidade, sem definição de área por equipe, resultando em uma assistência à população de forma desorganizada. Isso representa, em termos práticos, o atendimento de pessoas de outras áreas e de outros municípios, dificultando inclusive, o estabelecimento de vínculos. Às vezes, até havia a definição da área, mas era apenas no papel.

Apesar dos equívocos conceituais gerados a partir da adscrição de área, tais como o confronto com o princípio da universalidade, as experiências em outros contextos têm demonstrado que, nas áreas onde não foram respeitados os critérios de adscrição, a qualidade diminuía. Outra questão apontada é que a adscrição só se confronta com a universalidade quando não se tem toda a área coberta (adscrita). Assim, não se pode negar a importância dentro do processo de construção da prática substitutiva, o horizonte técnico da adscrição, sem perder de vista a universalidade (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996). Temos que ter cuidado para que área adscrita não seja uma forma radical e intransigente de estabelecer cercas para aqueles que precisam de atendimento. As equipes devem pensar em soluções criativas para que possam trabalhar responsáveis por um território, mas permitindo uma certa flexibilidade.

No caso das grandes capitais como Fortaleza, existe uma dificuldade muito grande em termos operacionais de executar esse princípio até pela própria dinâmica da cidade, onde vários cenários se apresentam contrários a adscrição, tais como: pessoas que trabalham o dia todo e precisam ser atendidas em outras unidades mais próximas aos seus trabalhos ou à noite nas unidades que possuem terceiro turno; as barreiras funcionais (demanda grande para poucos profissionais, “nº de fichas”, preferência por determinadas unidades e determinados

profissionais), geográficas (proximidade da sua casa) e problemas sociais (conflitos entre gangues rivais) que dificultam o acesso a determinadas unidades. Enfim, há de ser flexível nesses contextos para que se possa respeitar o princípio da universalidade. Ao mesmo tempo, não se pode deixar solta, sem definir, a área de abrangência de cada equipe. Em algumas unidades este é um grande desafio, pois existe uma população flutuante imensa. Como resolver essa situação? Acreditamos que cada realidade deverá construir a melhor solução para cada caso.

Uma outra participante coloca de forma diferente quanto à efetivação do princípio de adscrição, se mostrando contrária a idéia, como nos mostra o depoimento abaixo:

“Por causa do problema do cadastramento. Porque tem que ser cadastrado na unidade, na área que você mora, para poder ser atendido. Esse problema aí a gente tem muito. O problema é só esse... mas aqui num dá nem para agente fazer isso aqui muito não, por que a gente atende gente até da Caucaia, Messejana, Parangaba. Por que elas dizem assim, “ah não, eu gosto de vir para cá, por que aqui se resolve tudo”. Aí é uma série de problemas, mas agente vai empurrando” (ENT 11, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

Essa entrevistada demonstra a dificuldade em atender a área adscrita pela grande demanda da unidade, da mesma forma que não apresenta caminhos para efetivá-la. Por não compreender o que seja a responsabilidade social e epidemiológica de uma área, acaba por desconsiderar esse princípio enquanto gestora de uma unidade. Para ela, o que mais importa é atender, é resolver naquela hora, não priorizando a procedência, além de ofertar dessa forma, uma assistência com base em pronto-atendimento.

O quarto e último princípio se refere ao trabalho em equipe multiprofissional. Neste sentido, podemos considerar duas questões importantes: primeiro, do ponto de vista da composição mínima da equipe, algumas falas demonstraram que muitas equipes ainda estão incompletas pela própria dificuldade de inserção do médico, enquanto outras não mencionaram os trabalhadores de saúde de nível médio como membros da equipe; segundo, do ponto de vista da relação profissional e pessoal, muitos desses atores não têm nem perfil “nem espírito de equipe”, dificultando as práticas e o trabalho interdisciplinar. As dificuldades que permeiam o município de Fortaleza atravessam essas duas questões.

Sobre o primeiro aspecto, o discurso abaixo retrata a importância de se ter a equipe completa para que o PSF seja consolidado:

“Olha nós estamos longe de fazer PSF de fato e de direito (...) Por conta da ausência de médico, por conta de ausência de agente de saúde, por conta que é uma mudança no paradigma já que aqui é uma unidade padrão (...) (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS).

Nesta fala, podemos perceber a relação da equipe completa com o efetivo funcionamento do PSF, entendendo que a falta de um destes membros pode comprometer o trabalho da equipe, já que todos têm seu papel e importância na transformação do modelo assistencial.

Sobre este aspecto, devemos recordar que o próprio MS determina que para implantação do PSF deve-se ter uma equipe composta de, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de saúde (ACS), que juntos intervêm nas condições de saúde da população (BRASIL, 1998, 2007). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população adscrita, estabelecendo o máximo de 12 ACS por equipe e 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2007).

Pode também integrar-se ao PSF a equipe de saúde bucal (ESB) composta por um dentista, um atendente de consultório dentário (ACD) ou um técnico de higiene dental (THD). As equipes de PSF inicialmente eram desprovidas do profissional dentista e do ACD/THD. Oficialmente, a inserção ESB se deu em 28 de dezembro de 2000 através da publicação da Portaria GM/MS nº 1444 (BRASIL, 2000b, 2007). Cada ESB será responsável por uma ou no máximo, duas equipes. Ressaltamos que é de responsabilidade dos municípios garantir a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento das ações em saúde bucal (CORBO, MOROSINI, PONTES, 2007)

Atualmente, existe a compreensão da necessidade de se ampliar essa equipe mínima dada a variedade de necessidades de saúde expressas pelos usuários, que exigem a intervenção de outros saberes. Outros profissionais podem atuar junto às equipes a exemplo dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), que oferecem suporte ao trabalho desenvolvido pelas equipes de PSF. Segundo Brasil (2007), essa incorporação de outros profissionais no PSF depende da decisão do gestor municipal em consonância com o CMS.

Em Fortaleza, as falas evidenciaram que o fato de muitas equipes estarem incompletas ou insuficientes em relação à cobertura populacional consiste numa das dificuldades importantes:

“(...) das equipes estarem incompletas, está tudo capenga eu não consigo fazer uma busca ativa eu não consigo fazer nada direito desde que se começou tem a enfermeira e não tem o médico eu praticamente não tive equipe de saúde da família não tive esse prazer ainda eu tenho as enfermeiras como eu posso dizer que eu tive? Auxiliar não veio ninguém agente de saúde tão pouco como é que se trabalha desse jeito? Impossível...” (ENT 8, DENTISTA, GRUPO COORD)

“E é difícil a gente conseguir também com poucos profissionais, por exemplo, faltando as equipes, sem profissional suficiente, por exemplo, a gente tem uma equipe completa, as outras não são completas, tem um residente, mas o residente vem de fora, um vem de Cuba e o outro da Argentina, aí eles não tem o seloCRM, aí eles não podem atender, só podem atender se for com a preceptoria, aí tudo isso dificulta a vida da gente..” (ENT 9, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

“Eu acho que, é que o PSF a gente não tem aqui... aí as equipes não são suficientes para atender a demanda que nós temos, o PSF às vezes ele fica sufocado com tantas, com uma população imensa eles tendo que dar conta disso (...) eu acho que o PSF ainda está tentando se estabilizar (...)” (ENT 12, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

“Não tem como ser uma prática preconizada pela estratégia do saúde da família (...) Primeiro, por que não tem o elo, como é que eu estou trabalhando, eu estou dizendo que estou fazendo PSF se eu não conheço as famílias da minha área, eu estou falando pela minha área, por que a maioria das equipes também estão sem agentes de saúde...” (ENT 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Os discursos demonstram que a dificuldade enfrentada pela ausência do médico, do auxiliar de enfermagem, do ACS, ou de qualquer um dos trabalhadores de saúde das equipes restringe a realização das atividades, já que cada um tem sua importância frente as ações desenvolvidas e que os próprios princípios do programa colocam que estas devem ser executadas em equipe. Acaba por haver uma quebra no processo de trabalho das equipes.

Dos trabalhadores da equipe, os que foram apontados como os mais ausentes foram o médico e o ACS. Sem desmerecer a importância que os outros têm dentro da equipe, estas duas categorias são imprescindíveis, principalmente o ACS, por ser o elo entre a comunidade e a equipe. É através deste que as famílias são cadastradas, proporcionando, assim, o conhecimento acerca do território no que diz respeito às questões epidemiológicas e sociais. Quando existe o ACS, é em quantidade insuficiente.

No caso do profissional médico, a pesquisa sobre perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil, realizada em 2000, apontou que apenas 31% dos médicos residem nas capitais, o que demonstra a predominância da atuação desse profissional no interior e não na capital. Esse dado reforça a pouca adesão dos municípios, por uma série de motivos, ao novo modelo assistencial (MACHADO, 2000, 2002).

Para uma das entrevistadas, foi um equívoco da gestão contratar os profissionais de nível superior antes dos ACS, já que estes dependem diretamente do trabalho do ACS, como podemos ver no discurso abaixo:

“(...) era pra ter se implantado primeiro os agentes de saúde e posteriormente as equipes, que era pra saber dados, levantamento de famílias, saber número de hipertensos, e assim na minha opinião aconteceu ao contrário, a equipe foi implantada e até hoje os agentes de saúde não foram, e aí agente ainda esta assim meio que perdido, ate hoje em relação a

números, por que assim, a área territorial todo mundo conhece a sua, mas saber a totalidade de famílias, totalidade de dados pra serem acompanhados, de números, a gente não tem...” (ENT 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Esse discurso reafirma o anterior, atestando a importância do ACS para o conhecimento da comunidade e efetivo funcionamento do trabalho da equipe de saúde da família, já que são estes que visitam casa a casa a realidade das famílias. Compreendemos, portanto, que não existe PSF sem o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

No segundo aspecto, referente ao princípio da equipe multiprofissional, questionamos a respeito da relação entre os membros da equipe de saúde da família. Os discursos convergiram no sentido de indicar uma boa relação, como podemos observar:

“Pelo menos com a enfermeira tem bastante isso aí, ela atende um caso que acha que precisa ser avaliado por mim, me encaminha (...) sempre ela me repassa, as visitas ela que marca, ela que repassa os casos, então tem uma integração...” (ENT 5, MÉDICO, GRUPO TS)

“Assim parece até no paraíso... a gente às vezes discorda, às vezes concorda, a gente discute, a gente senta pra conversar, mas assim um atrito não existe não, sinceramente não existe não.. nas outras unidades que tem, eu já ouvi falar muito, mas graças a Deus aqui não tem não” (ENT 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“É tipo assim, aqui virou uma família, automaticamente virou uma família, por que eles são muito inseridos uns com os outros, e com a própria equipe do PSF em si, todas as equipes são unidas entre si, são muito amigos” (ENT 12, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

Apesar da boa relação evidenciada nos depoimentos, não significa que na prática cotidiana destes trabalhadores não existam conflitos importantes. Entretanto, o que nos chamou a atenção é que quando abordados sobre a relação entre a equipe, de uma forma geral, todos os entrevistados colocaram a equipe como sendo o médico, o enfermeiro ou o dentista, nenhum mencionou o ACS nem o auxiliar de enfermagem. Compreendemos que isso ocorre devido ao contexto em que se deu a ampliação do PSF em Fortaleza, no ano de 2006, caracterizado pela insuficiência da quantidade de ACS nas novas equipes. Algumas equipes, portanto, passaram muito tempo sem ACS.

Em relação ao auxiliar de enfermagem, a maioria deles já trabalhava nos Centros de Saúde, desvinculados das equipes do PSF. Ou seja, foram reaproveitados para uma função que lhes era desconhecida. Continuaram, portanto, exercendo as mesmas funções, não as adequando aos princípios do PSF. Não houve ainda uma integração de fato destes trabalhadores com a equipe.

Contrariando um pouco as falas anteriores, alguns entrevistados divergiram a respeito da boa relação e das práticas desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, conforme apontam as falas abaixo:

“... nas rodas a gente tentava abrir a mente das pessoas, tentando sensibilizar, pra mudar, ter um senso de equipe da gente fazer as coisas melhorarem, mas é cada um olhando pro seu umbigo, até hoje, ainda é assim, então não vou mentir não, não existe trabalho em equipe aqui, trabalho em equipe não...” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

“A equipe não consegue andar por que um tem um perfil A outro tem um perfil B, aí você não consegue trabalhar realmente a história da interdisciplinaridade” (ENT.4, ENFERMEIRA, GRUPO TS).

“Assim, a gente tem uma equipe formada no papel, mas na prática realmente nós não temos uma equipe. A outra equipe já é mais organizada nesse sentido, mas o médico que trabalha comigo é muito difícil de lidar, ele até desce para a área de abrangência, mas ele não tem essa visão de saúde pública, de a gente fazer a coisa em conjunto, entendeu? O dentista também... já tem uma visão melhor, mas às vezes por alguns motivos, a gente até se desfez, trabalha cada um praticamente isolado um do outro. E aquele espírito de equipe a gente não tem (...) eu sou EUquipe aqui, por que não tem” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“O que é mais isolado é o dentista que realmente não tem muito acesso as atividades dele, eventualmente tem um paciente que eu acho que precisa ser avaliado eu falo com ele e peço pra ele atender, mas não tem muito contato, mas com a enfermeira tem uma integração boa” (ENT 5, MÉDICO, GRUPO TS)

As falas expressam que não existe interdisciplinaridade na equipe devido ao fato dos profissionais não apresentarem o perfil para atuar nas equipes de saúde da família. Sobre esse aspecto, Barreto et al (2006) colocam que as equipes, constituídas por diferentes categorias profissionais, possuem atribuições específicas, mas devem compreender a lógica do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, atuando em um campo comum, que converge para a resolução das necessidades de saúde das comunidades assistidas, conforme a Figura 5, abaixo:

Figura 5 – A construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família



Fonte: Relatório de Gestão 2006/ Plano Municipal de Saúde 2006-2009

Evidenciamos também os entraves que permeiam essa relação quando os sujeitos entrevistados colocam que a equipe multiprofissional é formalizada no papel, mas que na prática o trabalho não flui de forma interdisciplinar, atribuído como falta de visão de saúde pública, ou seja, do próprio perfil do trabalhador de saúde, principalmente do médico e do dentista. O resultado disso é um trabalho isolado, fragmentado, compartimentalizado.

Essa dificuldade em exercer a interdisciplinaridade, pode ser atribuída tanto pela alta rotatividade como também pelo despreparo para o trabalho em APS. Essa é uma realidade inserida no contexto nacional e se constitui em um grande obstáculo na evolução do PSF (BRASIL, 2007). Não de forma muito diferente foi colocada nas falas a situação do dentista, uma vez que seu próprio processo de trabalho e sua formação voltada para atendimento clínico, no consultório, induzem a uma prática desvinculada dos demais membros da equipe.

Para Mendes (2002a), os profissionais de saúde encontrados no mercado não estão adequados nem em quantidade, nem em qualidade, à estratégia do PSF. Para este autor, este aspecto tanto do ponto de vista ideológico como do cognitivo-tecnológico, se constitui num obstáculo forte que dificulta a institucionalização do PSF. Em ambos os casos, a formação de recursos humanos não é coerente com a proposta do PSF enquanto modelo, ao contrário, funciona como aparelho reprodutor da ideologia flexneriana.

Dessa forma, ele cita iniciativas do MS que vem apoiando a criação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente, muito embora haja críticas sobre a atuação destes, tendo em vista que suas ações estão voltadas para os cursos introdutórios, que possuem baixa capacidade formativa e os de especialização, que apresentam lacunas nas habilidades clínicas. Somente as residências se constituem em alta capacidade formativa.

Os recursos humanos, enquanto componente estrutural, configuram-se como um grande desafio na consolidação da estratégia. Ainda persiste a dificuldade de contratar profissionais para atuar na APS que tenham perfil adequado à proposta da ESF. Essas dificuldades advêm da própria formação dos profissionais, que apesar dos esforços institucionais para uma mudança curricular, decorrentes da própria expansão do saúde da família, ainda não conseguiram formar sujeitos que atendam às perspectivas do SUS. Por outro lado, é preciso fortalecer também a educação permanente em saúde daqueles que já se encontram inseridos no mercado (BRASIL, 2007).

Sobre estes aspectos, podemos considerar que, em Fortaleza, as instituições acadêmicas estão tentando, aos poucos, utilizar seus espaços para introjetar a discussão

crucial, referente à mudança do modelo de atenção. Não podemos afirmar ainda que temos profissionais com perfil adequado, mas existe um esforço nesse sentido. Conforme apontado em momentos anteriores desta análise, existe o reconhecimento que a educação permanente em saúde vem atuando de forma muito presente, com a oferta de capacitações, residências e especializações em saúde da família. Também é realidade, em Fortaleza, a dificuldade em captar médicos para trabalhar na APS. A exemplo disto, foram oferecidas 460 vagas para médicos no concurso, dos quais 380 foram aprovados e apenas 218 estão atuando.

Com relação às práticas e ao trabalho em equipe do auxiliar de enfermagem no PSF, podemos observar:

“... as auxiliares aqui pelo amor de Deus, sei não, são essas típicas que só sabem medir pressão, se você mandar fazer qualquer outra coisa que não seja específico da área delas (...) aliás tem muito papel que elas poderiam realizar, mas que elas acham que não são delas por que nunca fizeram, então também não querem fazer, então são muito acomodadas...” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

O discurso demonstra que o auxiliar de enfermagem ainda não está inserido nas atividades inerentes ao PSF, portanto, ao trabalho em equipe. Ainda apresentam práticas muito voltadas para procedimentos e desconhecem as suas próprias atribuições como membros da equipe. Sobre este aspecto, Sousa (2002b) reforça que na sua própria formação ele é estimulado a aprender e aplicar conhecimentos e técnicas voltadas para a área hospitalar. Neste sentido, é natural que haja certa resistência ao exercício de práticas voltadas para o coletivo.

De forma complementar a esse discurso, identificamos ainda práticas desvirtuadas com relação ao papel do ACS, enquanto membro de uma equipe multiprofissional, conforme evidencia o depoimento abaixo:

“Quando nós chegamos encontramos as agentes de saúde assim com as funções totalmente desvirtuadas do que era trabalhar sendo agente de saúde no PSF. Nós, no primeiro momento, tentamos organizar o que é a ação de um agente de saúde, tentamos trazer eles pro nosso lado, por que eles trabalhavam totalmente dentro da unidade, conheciam as áreas por visitar as áreas de vez em quando (...) Aí nos reunimos com os agentes de saúde pra poder ver como era cada área né, pra eles realmente preencherem aquela ficha A (...) e depois nos reunimos com a coordenadora pra fazer a divisão, o sorteio das áreas pra gente realmente conhecer, formar o mapa daquela área que cada equipe ia assumir né? Não era rotina do agente de saúde a visita domiciliar nem educação e saúde pra eles. Eles iam esporadicamente de acordo com a necessidade da unidade” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Nesta fala, percebemos que não havia uma prática, por parte do ACS, voltada para a lógica do saúde da família, haja vista que esses trabalhadores atuavam a maior parte do tempo dentro das unidades, a maioria das vezes em funções que não eram de sua competência técnica. Com isso, desenvolviam poucas ações voltadas para o coletivo e, de forma menos freqüente, realizavam visitas domiciliárias.

Esta prática não estava em consonância com as atribuições específicas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica, que determina que o ACS deve: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe e a população adscrita; trabalhar com adscrição de famílias em base territorial definida; estabelecer contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas; cadastrar e manter atualizada a ficha A das famílias de sua área; orientar as famílias quanto aos serviços disponíveis em sua área; acompanhar por meio de visitas as famílias sob sua responsabilidade desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tanto individuais como coletivas (BRASIL, 2006).

Em Fortaleza, antes da ampliação das equipes do PSF em 2006, em algumas unidades, onde não havia equipes de PSF, os ACS faziam parte do PACS e nem sempre estavam sob supervisão de algum enfermeiro. Seu trabalho, na maioria das vezes, era na própria unidade, restritos ao SAME, auxiliando na marcação de consultas, na entrega de exames e nos encaminhamentos para consultas especializadas. E aqueles ACS que eram também auxiliares de enfermagem acabavam por desempenhar esta função no ambulatório, quando da necessidade da unidade. Enfim, o papel do ACS não estava sendo exercido em conformidade com o preconizado pelo programa. Somente após a seleção pública que houve para 2.627 ACS, deu-se início a capacitação dessa categoria, através da 1ª etapa do Curso Técnico de ACS, voltada para o efetivo exercício de suas práticas e de princípios importantes da estratégia saúde da família.

Neste sentido, não se pode restringir o trabalho do ACS ao preenchimento de fichas e marcação de consultas, dado a sua importância como elo entre a comunidade e a equipe, como agente de cidadania e a responsabilidade enquanto ator social no cuidado da população adscrita e no processo de transformação das práticas de uma determinada comunidade (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Outro aspecto colocado foi a fragmentação que houve na equipe a partir dos conflitos gerados pela coordenação da unidade, que não compreendia o PSF, como podemos observar no relato abaixo:

“A Coordenadora não tinha conhecimento técnico sobre PSF e aí ela queria que as coisas corresse como, do jeito que ela achava que era, que era um modelo assistencial mesmo, o pessoal atender, atender.. então assim o médico se estressou, os enfermeiros entraram na briga, nós também sofremos algumas dificuldades com ela, então o decorrer do primeiro ano foi muito traumático, foi muito traumático, e acabamos nessa história de perder o médico, o médico pediu transferência, e uma das enfermeiras, uma enfermeira também pediu transferência, então a esperança que tínhamos de fazer um trabalho legal morreu aí, por que agente já não tinha mais equipe..” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

Dessa forma, percebe-se que fatores “externos” à equipe, como no caso a gerente de uma unidade, podem contribuir para um trabalho individualizado, no qual o que mais se valoriza é o atendimento e a produtividade, prejudicando a construção de um trabalho em equipe, fundamental nas ações do saúde da família.

A partir desses discursos, identificamos de uma forma geral que as questões ligadas ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar no PSF de Fortaleza estão intimamente ligados ao perfil dos profissionais que atuam na atenção básica. Sobre este aspecto, Sobrinho e Sousa (2002) colocam que prestar assistência a saúde das famílias e da comunidade numa perspectiva resolutiva, equânime, integral e contínua, exige do trabalhador responsabilidades que demandam novas habilidades e competências. Esse perfil vai além da formação generalista, perpassando por três elementos prioritários em sua prática, que residem na compreensão das condições de vida da comunidade, do processo saúde-doença e da construção de respostas sociais organizadas.

As próprias concepções que os trabalhadores de saúde têm a respeito do processo saúde-doença e a sua interpretação a respeito das diretrizes, possibilitam formas distintas de organizar o processo de trabalho, que pode ou não estar em consonância com a filosofia do PSF. Dependendo do tipo de organização, pode haver apenas a reprodução do modelo tradicional nas unidades de saúde da família (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Para Andrade (1998), a ausência de uma normatização do trabalho a ser desenvolvido pela equipe, associada à indefinição do perfil do profissional para atuar no saúde da família, resultava numa variedade de modelos de atenção. A autora refere-se ao período de 1994 a 1998, quando o programa estava incipiente na maioria dos municípios e talvez por isso não havia de forma clara as definições necessárias.

Para Sousa (2002b), mesmo reconhecendo as diversidades culturais em diversos municípios brasileiros, os princípios organizativos do PSF acima discutidos são válidos e aplicáveis para qualquer espaço social, seja urbano, rural, capital, interior, de grande ou

pequeno porte, demonstrado pelos próprios resultados positivos em diferentes realidades. Portanto, serve também para as capitais e regiões metropolitanas. Contudo, as experiências têm demonstrado a necessidade de se construir adequações conforme as particularidades de cada contexto.

O que se observa em Fortaleza é que as práticas ainda não estão organizadas com base nesses princípios. Isso pode ser explicado até pelo ponto de vista do tempo, dado que a implantação das novas equipes tem pouco mais de dois anos, portanto, ainda incipiente. O que existe é um esforço para que esses princípios aconteçam, mas ainda não estão bem sedimentados. Porém, os dados das entrevistas com os membros das equipes de PSF de unidades onde já existia o programa desde 1999 mostram que não há grandes diferenças, o que apontam outras variáveis que interferem na consolidação dessa estratégia, tais como: o comprometimento da gestão com a mudança de modelo, baixa cobertura, modelo hegemônico forte, pouca participação social, entre outros. Ou seja, fica claro que as dificuldades estão mais voltadas para a própria execução do que para implantação, que depende de vontade política.

A implementação desses princípios exige uma permanente conscientização de todos os trabalhadores da rede para que se possa de fato adotar uma postura diferenciada, que não se impõe por decreto pois depende diretamente da motivação, da formação, do interesse, da definição de suas competências na equipe, da satisfação no trabalho, dentre outros (SOBRINHO e SOUSA, 2002).

Se esses princípios não vêm sendo obedecidos como os próprios discursos colocaram, pensamos na viabilidade de se fazer PSF no sentido mais prático da palavra, numa grande capital como Fortaleza. A reflexão que surge é de que este se apresente apenas como um programa, com ações mais pontuais e que acabe por ser consumido pelo tão forte modelo biomédico. Sousa (2002a) traz os seguintes questionamentos: porque essa estratégia ainda não se constitui no eixo estruturante da atenção básica? Porque a cobertura ainda é baixa nas capitais? Para Sobrinho e Sousa (2002), é necessário caminhar um pouco mais para que de fato o PSF seja o eixo estruturante da atenção básica. Uma vez identificados os problemas, deve-se seguir para as soluções partilhadas, construídas.

4.1.4. Entre sonhos e angústias: facilidades e dificuldades enfrentadas no PSF de Fortaleza

Reconhece-se que ao longo dos últimos anos, o PSF apresentou uma expansão significativa, mas não há ainda uma homogeneidade na sua consolidação, no que diz respeito à adesão dos municípios. Tem-se observado que este crescimento ocorreu predominantemente em municípios de médio porte, fato preocupante já que a população vem se concentrando nas grandes cidades, ou seja, se urbanizando (CAMPOS, AGUIAR e OLIVEIRA, 2002). Para isso, se faz necessário o envolvimento não só de gestores mas de técnicos, dos trabalhadores de saúde, usuários, instituições de ensino e equipamentos sociais (BRASIL, 2007).

Essa expansão apontou para o risco de pulverização do programa, em que no seu primeiro momento, beneficiou grande número de municípios de pequeno porte, porém com baixa cobertura populacional, não tornando a proposta como substitutiva (SOUSA, 2002a; FAVORETO e CAMARGO JUNIOR, 2002; CAETANO e DAIN, 2002). Em 1999, o MS, preocupado com essa tendência, passou a remunerar mais e melhor os municípios que apresentassem maior cobertura populacional. No entanto, essa medida ainda não foi suficiente para favorecer a implantação do PSF nas capitais.

Com relação ao financiamento até 1996, nos primeiros anos de implantação do programa, o apoio financeiro era determinado por bases convenientes em áreas consideradas “empobrecidas”; a partir de 1996, o financiamento é reformulado, com base na NOB/96, que atribuiu um valor específico por equipe implantada, repassada fundo a fundo, em função do PAB fixo, sendo que no caso do PACS o município receberia um valor fixo por ACS independente do PAB fixo. Em 1999, o recurso passou a ser repassado aos municípios de acordo com o percentual de cobertura populacional e não mais por equipes implantadas, além de receber 10 mil reais por equipe implantada; em 2003, houve um reajuste de 20% nos incentivos referentes ao PSF e o PACS além de um incentivo diferenciado para municípios com mais de 100 mil hab.; em 2006, o incentivo volta a ser repassado por número de equipes implantadas (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007; FAVORETO e CAMARGO JUNIOR, 2002).

É importante destacar que altas coberturas podem ser garantidas com um pequeno número de equipes nos municípios de pequeno porte, enquanto nos grandes municípios, devido ao grande número de habitantes, torna-se bem mais difícil favorecer a cobertura universal. Além disso, esses grandes centros convivem com uma multiplicidade de serviços e

profissionais atuando sob uma lógica diferente da do PSF. Enfim, a consolidação do PSF é um processo complexo, que requer um esforço de reorganização da rede (MEDINA e AQUINO, 2002). Não queremos aqui negar a importância dos serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos. Entretanto, consideramos insuficientes para atender todas as necessidades de saúde da população, já que atuam sobre uma outra lógica, centrada nas tecnologias duras, tais como equipamentos, máquinas etc.

A exemplo de outras capitais que também atravessaram momentos difíceis no processo de implantação do PSF e mudança de modelo, temos a experiência de São Paulo, onde até 2001, ano em que o PSF foi implantado nesta cidade, o Sistema Municipal de Saúde era privatizado, desprovido dos preceitos constitucionais do SUS e desintegrado dos demais serviços oferecidos, apresentando multiplicidade de modelos, precarização do trabalho, inexistência de profissionais com perfil adequado à prática do saúde da família, associado a existência de fortes corporações de saúde com restrições ao PSF, dentre outros (SOBRINHO, CHIESA e SOUSA, 2002).

Entretanto, é natural que os grandes municípios (que são capitais em sua maioria) atravessem dificuldades no processo de implantação do PSF, considerando variáveis importantes nesse processo tais como: a diversidade de questões demográficas e epidemiológicas, migração acelerada, mudanças no perfil da morbi-mortalidade, envelhecimento da população, agravos relacionados à violência urbana; desigualdades socioeconômicas; distribuição desproporcional dos serviços em relação ao crescimento urbano e dificuldade de acesso; existência de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde; deterioração do prestígio social e político; modelo de prestação de serviços de saúde hegemonicamente fundamentado na produção; resistência corporativa a mudanças nos processos de trabalho em saúde; dificuldade de financiamento associado à introdução do PSF, dentre outros que podem se constituir em obstáculos que precisam ser enfrentados (CAETANO e DAIN, 2002).

Outro ponto a ser destacado nas capitais é a própria tensão entre a heterogeneidade local e o respeito às normas a serem seguidas pelo MS. A normatização justifica a garantia de um padrão de qualidade. Por outro lado, essa qualidade deve estar articulada a cada realidade local, que, por sua vez, conformará em várias formas de assistência e modelos de gestão (MEDINA e AQUINO, 2002).

A maioria desses aspectos acima colocados são comuns a todas as capitais e se enquadram na realidade de Fortaleza, enquanto obstáculos para consolidação do PSF. É

indiscutível que houve uma significativa expansão do PSF no ano de 2006, um marco histórico, com a implantação de novas equipes, contratação de 850 novos profissionais e aumento de cobertura de 15 para 43,44%. Entretanto, esses avanços ainda não foram suficientes para consolidação do PSF enquanto estratégia. Estamos nos referindo às dificuldades mais operacionais, estruturais e problemas na organização dos serviços, que se refletem nas práticas e acabam por inviabilizar o PSF.

Os discursos suscitaram questões mais elementares, específicas, que guardam relação entre si e com os princípios do PSF, que devem ser respeitadas ou cumpridas desde o início da implantação, tais como: equipes incompletas ou insuficientes; infra-estrutura inadequada, entraves no atendimento por área adscrita, dificuldades de realizar ações de promoção e prevenção, dentre outros, que acabam por realizar um atendimento muito semelhante ao modelo anterior. Algumas dessas dificuldades foram mencionadas quando a questão dos princípios do PSF foi abordada, não sendo necessário repetí-las aqui.

O reconhecimento destas dificuldades, vivenciadas num momento de transição, foram trazidas no discurso abaixo:

“... quando a gente foi convocado havia uma vontade muito grande de fazer realmente o PSF funcionar (...) a maioria das pessoas que tinham experiência com PSF já tinham vivido isso em outros municípios, e alguns municípios muito bem estruturados (...) por que a gente já sabia que já tinha sido implementado o PSF em Fortaleza, mas que a gente não via isso funcionar, então assim, era assim uma vontade comum de todos de fazer isso aqui funcionar, vamos entrar com toda garra, vamos mudar isso aqui, a gente vai fazer o PSF funcionar, vamos criar vínculo com a população, aí a medida que foi passando com o tempo a gente foi vendo as dificuldades..” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

Esse discurso expressa o sentimento vivido por alguns profissionais que fizeram o concurso não apenas por interesses pessoais - pelo menos é o que parece -, mas pela própria afinidade com o trabalho exercido, o que não garantia, mas sinalizava, sujeitos com perfil de PSF. Ao adentrarem nessas novas equipes, carregavam consigo além da experiência em municípios do interior do estado do Ceará, a motivação e o desejo de mudança, de aproximação daquilo que já tinham experimentado, de poder sentir as coisas acontecendo e contribuir com todo esse processo de construção de um novo modelo de atenção à saúde em Fortaleza.

É importante ter claro que todo processo de transição vem acompanhado de dificuldades, de medos, de angústias, de ansiedade, mas também de construção, de

movimento e de desejo de mudança por aqueles que acreditam que é possível fazer uma nova saúde.

Para Sousa (2002a), existem quatro principais razões que dificultam a chegada do PSF nos grandes centros urbanos. A primeira é a existência do modelo sanitário hegemônico, centrado na doença, nas especialidades, no medicamento, no hospital, nos programas verticais, no médico e na tecnologia. A segunda é o comando, sobretudo médico, das corporações empresariais e profissionais, decidindo onde e como vão atuar, concentrando serviços em espaços diferentes do convívio da população. A terceira, consequência da primeira e da segunda, é a baixa capacidade de responder às reais necessidades da população. A quarta causa seria a inexistência de um único comando, ou seja, a presença de vários serviços (públicos, privados, filantrópicos) ofertados no município, que não dialogam entre si e nem constroem ações pactuadas e integradas.

Para Campos, Aguiar e Oliveira (2002), existem dificuldades e facilidades no processo de implantação do PSF nas grandes capitais brasileiras. Quanto às dificuldades, estes autores consideram alguns pontos importantes, tais como: a formação dos profissionais, principalmente a dos médicos, voltada para especialização e subespecialização, que passa a ser inadequada frente à proposta do novo modelo assistencial, repercutindo numa baixa adesão a esse novo processo de trabalho; as consequências advindas dos serviços públicos e privados, fortemente atrelados a lógica assistencial, no que diz respeito à infra-estrutura instalada, tanto física, quanto humana e financeira; as implicações nas corporações e conselhos profissionais, pois geralmente defendem interesses corporativistas de especialistas e as repercussões na comunidade e problemas advindos da urbanização desordenada, tais como: tráfico de drogas, miséria e violência, que podem desgastar o trabalho da equipe ou até mesmo torná-lo perigoso, problemas estes, enfrentados apenas em grandes centros.

Levando-se em consideração essas variáveis, muito presentes nos grandes centros, dificilmente esse processo ocorrerá de maneira tranqüila. Todas essas razões estavam muito presentes nos serviços de saúde de Fortaleza e as dificuldades encontradas foram se esbarrando nesse desejo, numa luta difícil e freqüente. Não bastava apenas ter vontade de mudar.

Por outro lado, os autores também reconhecem fatores que podem potencializar e facilitar na transição de modelo, tais como: as implicações sobre a força de trabalho em formação, que de um lado é seduzida pela alta tecnologia, e de outro, é pressionada pela reforma do ensino médico; as repercussões sobre os meios acadêmicos, a partir das reformas

curriculares e da educação permanente em saúde visando adequar as necessidades de saúde da população ao centro formador e gerando mudança nos processos de trabalho e, por sua vez, melhorando a qualidade do serviço; as conseqüências sobre a comunidade, haja vista que o PSF possibilita uma participação mais ativa da comunidade no processo de saúde-doença e na busca de resolução dos problemas, atuando como co-responsáveis.

Sobre estes aspectos, a ampliação do PSF em Fortaleza contou com elementos facilitadores, já discutidos ao longo desta pesquisa, que pretendem contribuir com a mudança de modelo, tais como: o concurso público, que garantiu a qualidade do vínculo trabalhista; o apoio das universidades e instituições de ensino, através das reformas curriculares e da educação permanente, dentre outros, transversais a esta pesquisa.

Nessa perspectiva, o PSF é uma estratégia que contribui para superar, através da substituição de modelo, as iniquidades e limitações do modelo tradicional, centrado na tecnologia de ponta (em detrimento das necessidades da população), no elevado custo de atendimento médico e no prestígio social, sobretudo do médico. Hoje, é considerada a principal proposta de reorganização do atendimento do SUS (SOUSA, 2002a).

Outra dificuldade bastante evidenciada foi a própria falta de infraestrutura, como podemos observar nos discursos convergentes abaixo:

“Um dos grandes problemas que a gente tem é espaço, a gente não tem consultório pra todo mundo, a gente fica se revezando, a gente atende as vezes, muitas vezes aqui no auditório, muitas vezes aonde der pra atender (...) a gente tem uma população de 60 mil habitantes é quase um município inteiro dentro de uma regional, a gente só tem uma unidade de saúde, então fica complicado pra gente estar com essa população e dar a resposta que eles querem, eles querem chegar na unidade e ter atendimento”. (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“Uma área pra atender bem, os pacientes às vezes ficam mal acomodados, a parte física mesmo, é desconfortável o posto, não tem assim muito conforto pros pacientes, pros profissionais atenderem” (ENT 5, MÉDICO, GRUPO TS)

Percebe-se nas falas problemas de diversas ordens, tais como: falta de consultório; improvisado no atendimento; revezamento das salas; falta de acomodação e conforto tanto para profissionais como para usuários, dentre outros. Além disso, a demanda é muito grande, desproporcional à quantidade de equipes, que não pode ser ampliada devido à falta de espaço físico. Em conseqüência disto, não se consegue desenvolver as ações do PSF, os profissionais ficam sobrecarregados com a alta demanda, permanecendo dessa forma o modelo anterior, pautado no pronto atendimento.

De acordo com o documento do MS, os municípios, ao implantarem equipes de PSF, devem ser responsáveis pela adequação física das unidades básicas e pela garantia da assistência nos três níveis de atenção; pela manutenção do custeio das unidades de saúde; pela valorização da família enquanto espaço social; pela contratação e remuneração dos membros da equipe; pelo estímulo à educação permanente e pelo o incentivo à participação comunitária (BRASIL, 2007).

Para Mendes (2002a), a deficiência na infra-estrutura é considerada multifatorial. Tanto pode advir da visão reducionista que o PSF é um programa para pobres, em regiões de periferia, de baixa complexidade tecnológica, e que por isso, pode ser ofertado em quaisquer situações improvisadas, como também em decorrência do incentivo do PSF que não é suficiente para oferecer uma infra-estrutura adequada. Este autor sugere que o próprio MS crie projetos arquitetônicos, com padronização dos insumos e equipamentos, criação de linhas de créditos para obras e reformas através dos seguintes mecanismos: aumento do incentivo, estímulo aos estados para implantar incentivos ao PSF e criar uma linha de financiamento através de projeto nacional.

Apesar das dificuldades mencionadas com relação à deficiência na infra-estrutura, alguns trabalhadores sinalizam sentimentos de esperança frente a esta dificuldade, como podemos observar no discurso abaixo:

“A esperança com relação ao PSF aqui dessa unidade é que realmente seja construída a outra unidade (...), por que aí sim a gente teria chance de realmente fazer um PSF, ou pelo menos um trabalho mais parecido com o PSF” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

A questão da estrutura física é um aspecto primordial e necessário tanto do ponto de vista da realização das atividades inerentes ao PSF, como da própria acolhida aos usuários. Não que as equipes devam exercer suas atividades apenas na unidade, restritas a consultórios, mas a falta de espaço tem se constituído em obstáculo para o exercício de ações cotidianas das equipes e tem comprometido a qualidade desse atendimento.

Uma outra barreira enfrentada pelas equipes é a dificuldade em realizar ações de prevenção e promoção da saúde. Os discursos abaixo convergem nesse sentido:

“Como a gente teve que absorver a demanda da unidade, a gente não tem como fazer atendimento de grupo, atendimento de promoção de saúde, por que acaba a demanda sendo muito grande” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“As maiores dificuldades são em relação às atividades educativas. Não tem sido fácil, essa atividade não tem sido fácil de desenvolver. A questão da educação em saúde tem sido difícil de aplicar (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“Na verdade o que a gente queria fazer é colocar em prática a questão da educação e da saúde, montar grupos, e tal, e tinha uma barreira muito grande por parte da coordenação por que queria atendimento, exigia que houvesse resposta imediata pra população, e isso através dos atendimentos, então ela exigia que tivesse atendimento dentro do posto, que qualquer coisa que a gente fizesse era enrolação” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

Os discursos demonstram a consciência que estes profissionais têm em relação ao seu papel dentro das equipes de saúde da família, que não se esgota nos atendimentos clínicos, individuais, por ciclos de vida. Ainda que se tente ter uma abordagem voltada para a família, são necessárias ações que contemplem a coletividade, fortalecendo a co-responsabilização e autonomia entre profissional e usuário, no seu processo saúde-doença.

A promoção da saúde é vista como uma estratégia de fortalecimento das coletividades e dos indivíduos para que estes possam atuar nos determinantes do processo saúde-doença. A realização de grupos, que vai além do atendimento individual, é uma importante ação nesse sentido. Lefevre e Lefevre (2004) compreendem que a pedagogia dialógica de Paulo Freire é a mais adequada a essa estratégia.

Porém, em Fortaleza, os entraves ainda são muitos, desde as dificuldades logísticas, de metodologia apropriada da sobrecarga dos profissionais gerada pela alta demanda até a falta de visão de alguns gestores locais (coordenadores) em relação à importância das ações de promoção e prevenção, já que estes ainda estão centrados no atendimento clínico.

Ainda que as dificuldades sejam muitas, o PSF em Fortaleza ainda traz novos horizontes aos trabalhadores de saúde e coordenadores. As perspectivas trazidas nos discursos, em meio aos obstáculos enfrentados nesse processo de transição, são sentimentos de esperança, de sonho, de otimismo, medo, angústia e reflexões. Pensando sobre cada um desses sentimentos, que ora se misturam, devido à forte ligação que cada um representa, percebemos a importância que cada um deles carrega, movidos pelo desejo de mudança.

Esses sentimentos são expressos nas falas e apontam as expectativas dos sujeitos com relação à efetivação do PSF em Fortaleza, conforme podemos observar abaixo:

“Eu espero que tudo dê certo. Eu espero que o programa de saúde aqui em Fortaleza seja um modelo pro Brasil (...) que seja realmente aquilo preconizado pelo Ministério da Saúde e com todos os princípios do SUS (...) Olha que beleza vai ser a saúde (ENT 9, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)”

“Eu não perco a esperança não, eu digo muito que às vezes dá vontade de chutar o balde, mas eu pessoalmente não sou muito de desistir não se tiver gente com vontade de fazer pode ser que as coisas aconteçam, que possam mudar (...) por que se a gente não achar

que não vai melhorar todo mundo vai cruzar o braço e aí o negócio esculhamba de vez (...) vamos esperar que a violência diminua, vamos sonhar que a gente vai poder ir às casas das pessoas, conhecer a realidade, entrar na vida delas, não ser só o profissional, não ser visto só como a dentista, mas como uma aliada” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

“A expectativa é essa, a adscrição o meu sonho é esse o avanço é a melhoria da qualidade do atendimento um atendimento mais humanizado que a gente tem procurado fazer aqui.. a gente sempre está querendo mais (...) a gente vai buscando devagarinho... a gente tem grandes dificuldades... mas a gente caminhando a gente chega lá” (ENT 10, ENFERMEIRO, GRUPO COORD)

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas e mencionadas nesta pesquisa, podemos perceber através desses depoimentos que os sujeitos possuem os mais diversos desejos de mudança, o que se constitui em um dos passos para mudar a realidade em que estão inseridos.

Embora algumas iniciativas semelhantes à proposta do saúde da família aplicada em outros contextos tenham se perdido no meio do caminho, para Sousa (2002b), o sonho, enquanto visão de futuro, é necessário para alterar a realidade. Sem ele, dificilmente a realidade muda. Ainda que em processo, vários sinais de mudanças das práticas e saberes dos profissionais já se constituem em uma realidade.

Em Fortaleza, por exemplo, não podemos deixar de destacar passos decisivos e os caminhos trilhados para a efetivação dessa estratégia, tais como: Concurso Público, viabilizando a contratação de 850 novos profissionais; aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de 04 para 14; inserção de espaços de discussão através das rodas de gestão; implantação do terceiro turno em 36 CSF no período da noite e nos finais de semana; educação permanente e criação do SMSE, dentre outros. A expectativa agora é de que possamos caminhar no sentido de melhorar a qualidade do PSF e conduzir de fato a mudança de modelo que espelhe a magnitude dessa proposta.

Não se trata, portanto, apenas de implantar equipes de saúde da família, mas sim de fazer com que estas estabeleçam vínculos com a população, viabilizem a estratégia com qualidade e equidade, e que sejam resolutivas, eficazes, contínuas, integrais e participativas. O desafio agora perpassa pela qualidade dessa atenção (ANDRADE, 1998; SOUSA, 2002b, CAETANO e DAIN, 2002).

E por fim, embora alguns se mostrem confiantes, esperançosos e otimistas, ainda existem aqueles que estão angustiados, temerosos e desanimados com esse processo. Os

discursos abaxam divergem das falas anteriores no que diz respeito à suas expectativas em relação à consolidação do PSF em Fortaleza, como podemos observar:

“Ah é tanta coisa, que Ave Maria. Agora no momento é só angústia, querendo fazer as coisas, querendo melhorar algo, e não consegue (...) Será que esse PSF vai conseguir ser implantado aqui em Fortaleza? Ou se é um grande sonho? Se bom fazer PSF é mesmo no interior onde se tem 60000 habitantes e tem 22 equipes? Ou se isso aqui é uma grande farsa? É um faz de contas? A gente vai acabar sendo aquelas “enfermeiras de programa”? (...) angústia de ter uma população tão grande onde teria que ter mais ou menos umas 18 equipes e só tem 3, e que não depende de nós como profissionais, porque nós não conseguimos tomar de conta de uma população tão grande e fazer o que preconiza a estratégia saúde da família(...) eu acredito que o PSF em Fortaleza possa dar certo, mais não com esse número de equipes existentes” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

É preciso não perder de vista o potencial de mudança inserido em cada trabalhador de saúde que atua na Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza, pois, embora alguns se desmotivem e se desanimem nesta caminhada de idas e vindas, a maioria dos discursos apontou que existe o desejo de mudança. O discurso abaixo expressa esse desejo:

“Eu espero assim, que essa proposta, que os próximos governantes, ou os mesmos, sei lá quem vai ficar, que aposte realmente nessa estratégia, e que fortaleça essa estratégia, por que assim se você for pegar números, dados onde já tem, a equipe realmente funcionando, como a gente vê no interior aí a gente sabe que está dando certo (...) assim vários indicadores melhoraram, e assim há possibilidade também de melhorar a condição de vida da população, a qualidade de vida da população, e que as pessoas deixem de ser tão imediatistas, também não sejam acomodadas, que isso não vai ser resolvido daqui pra amanhã, mas também não se acomodem e que continuem fortalecendo essa estratégia pra ver se cresce e se ela se consolida, e a gente possa fazer um trabalho de impacto, que modifique, espero que sim, ainda tenho essa esperança” (ENT 4, ENFERMEIRO, GRUPO TS)

A partir dessa fala, é preciso compreender que o PSF não deve se constituir em marca política, e que todos que acreditam devem abraçar a proposta e assumir o compromisso, independente de partido ou ideologias. O depoimento nos reforça que o caminho é fortalecer o PSF, tendo em vista o seu potencial transformador e os resultados advindos da sua implantação em outros municípios, tais como: melhoria dos indicadores e na qualidade de vida da população. E por último, nos deixa a mensagem de que é necessário haver um equilíbrio entre as forças que conduzem a efetivação dessa estratégia.

4.2. CATEGORIA II - A Estratégia Saúde da Família em Fortaleza e as perspectivas de mudanças do modelo assistencial

Este capítulo tem o propósito de trazer reflexões teóricas sobre os modelos assistenciais ou de atenção à saúde a partir de sua trajetória histórica. Vários autores, tais como: Mendes (1999), Teixeira (2003), Paim (2003, 2008), Silva Junior e Alves (2007) e Coelho (2008), trazem diferentes concepções de modelos de atenção. Apesar das contribuições teóricas trazidas por cada um desses autores no que diz respeito à construção de uma definição do que seja modelo de atenção, pretendemos utilizar como eixo teórico da análise desse estudo as concepções trazidas por Teixeira (2003).

Para Teixeira (2003), a discussão de modelo de atenção à saúde deve ser tomada em duas concepções: uma que toma como referencial o processo de trabalho em saúde e outra como as práticas de saúde são organizadas no Brasil. Numa perspectiva sistêmica, os modelos assistenciais têm três dimensões importantes: a gerencial, a organizativa e a técnico-assistencial.

Dessa forma, apresentaremos e discutiremos neste capítulo os modelos de atenção a partir dos dados coletados, com base em três vertentes. Primeiro, retomando as diferentes concepções de modelos, trazendo seus limites e avanços, segundo, a compreensão do processo saúde-doença e os modelos de atenção e terceiro, a educação permanente como ponte para a mudança de perfil dos profissionais e do modelo assistencial. Procuraremos em todo o texto destacar esses aspectos como importantes ferramentas para reflexões do PSF no município de Fortaleza, enquanto novo modelo assistencial.

4.2.1. Os modelos de atenção à saúde no SUS municipal: a visão dos trabalhadores de saúde

Para compreensão do surgimento e consolidação do PSF é necessária uma reflexão anterior sobre os modelos assistenciais. Alguns autores, tais como Silva Junior e Alves (2007) e Paim (2002, 2003, 2008), se aproximam no que diz respeito à construção de uma definição que melhor represente o conceito de modelos assistenciais ou de atenção, em que são compreendidos como associações entre aspectos assistenciais e tecnológicos, que envolvem distintas complexidades de serviços, utilizadas em determinados espaços-populações pela organização dos serviços de saúde. Os modelos de atenção devem estar voltados para o

enfrentamento das necessidades de saúde tanto individuais como coletivas, e assim, devem ser historicamente construídos. Alguns autores preferem à denominação de modelos tecnoassistenciais por entenderem que estes sempre estão apoiados tanto na dimensão tecnológica como assistencial.

No que diz respeito ao aspecto tecnológico, Merhy (2002) traz a reflexão de que não se tratam apenas de equipamentos, definidos por ele como tecnologias duras, mas da associação de outras tecnologias tais como: saberes distintos, interdisciplinares (tecnologias leve-duras) e os aspectos que permeiam as relações (tecnologias leves). Esse “arranjo tecnológico” (equipamentos – saberes - dimensão relacional) é um dispositivo que visa atender as necessidades de saúde da população e será determinado pelo tipo de compreensão do que seja o processo saúde-doença, do que sejam problemas e necessidades de saúde e quais os tipos de práticas e saberes são adotados para responder a essas demandas.

Ao serem interrogados sobre o modelo de atenção existente nas unidades de saúde da família de Fortaleza, os discursos dos sujeitos abaixo convergem no sentido de afirmar que coexistem dois modelos de atenção à saúde na Atenção Básica de Fortaleza, como podemos observar:

“Está tudo misturado, tem o assistencial mesmo, o curativo que é à noite, quem atendeu, e prescreveu vai embora, tem, e assim, a gente tenta fazer o acompanhamento dos pacientes, a gente tenta fazer PSF durante o dia” (ENT.3, DENTISTA, GRUPO TS).

“Infelizmente ainda é a história do médico, centrada ainda na doença (...) é um mesclado (...) é uma mistura de, da estratégia de saúde da família com o modelo antigo, centrado na cura, na medicalização, então a gente ainda está engatinhando” (ENT 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS).

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

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

Os sujeitos apontam nesses relatos a existência da dualidade de modelos na Atenção Básica do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, que convivem de forma paralela. A que modelos eles se referem? Ao modelo hegemônico, médico-centrado, focado

na doença, na cura, no biológico, dissociado do contexto social e por outro lado, uma tentativa de inserir o novo modelo assistencial, representado pelo PSF, que se apresenta como contra hegemônico, substitutivo, que não desconsidera a cura mas que tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, com ênfase na família e na comunidade, tendo como referência os determinantes sociais importantes neste processo. Ressaltando ainda, como aponta uma das falas, a competitividade entre eles, como se um excluísse o outro.

Essa dualidade não é apenas no nível macro, ou seja, no âmbito do Sistema Municipal de Saúde como um todo, muito comum nas grandes capitais como Fortaleza, onde os sistemas de saúde públicos e privados exercem certo tipo de competitividade, mas observamos que os dois modelos estão fortemente inseridos no mesmo espaço físico, no campo micro das relações, algo restrito aos Centros de Saúde.

Para Silva Junior (2006), embora nos discursos oficiais se fale da expansão da universalidade do acesso através dos programas estratégicos, como medicina comunitária e o PSF, na prática ainda se mantém a dualidade do sistema no qual de um lado se tem a assistência básica através da oferta de “cuidados primários” utilizado pelas classes sociais excluídas e de outro, a medicina flexneriana, para aqueles que podem pagar por ela.

Campos (2003) corrobora com Silva Junior (2006) quando fala que o modelo de saúde brasileiro é considerado híbrido, por agregar uma combinação de dois modelos: o tradicional centrado no indivíduo e na doença e novas alternativas de modelos de atenção. Seguindo esse mesmo pensamento, Paim (2008) afirma que o Brasil convive seja de forma contraditória ou complementar com dois modelos: o médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitário.

Ainda sobre essa discussão da coexistência de dois modelos, para Mendes (2002a), o PSF passa por quatro momentos distintos de transição: inicial, intermediária, terminal e de consolidação. Estes se caracterizam horizontalmente pela cobertura populacional e verticalmente pelo grau de institucionalização do PSF em diversos espaços sociais, entendidos como espaços políticos, dos serviços de saúde, educacional, corporativo e representação populacional. Em todos eles haverá a convivência dos modelos convencional e do PSF, sendo que na transição inicial e intermediária o modelo convencional é nitidamente hegemônico; na terminal, há uma crise na hegemonia e na consolidação do PSF, o saúde da família se torna hegemônico.

Explicando melhor esses quatro momentos, ao se analisar o processo de implantação do PSF, e isso trazemos para a realidade de Fortaleza, não podemos ser simplistas ao ponto de raciocinar apenas na variável dicotômica “há ou não PSF?”. Há de se analisar, portanto, este processo através de um modelo analítico que se constitui em quatro momentos distintos, citados anteriormente. O momento de transição inicial se caracteriza por uma cobertura populacional de 10 a 25%, em que quase não há sustentabilidade, significando grande instabilidade e quase inexistência de institucionalização. Seria o “PSF sem PSF”. Na transição intermediária, a cobertura populacional é de 25 a 50%, nível baixo de institucionalização e pouca sustentabilidade; na transição terminal a cobertura está entre 50 a 70%, com grau de institucionalização significativo, a sustentabilidade começa a aparecer e se tornar efetiva; e por fim, a consolidação do PSF, em que a cobertura está acima de 70%, com definitiva institucionalização, onde a sustentabilidade se firma, se cristaliza (MENDES, 2002a).

O município de Fortaleza encontra-se atualmente, de acordo com o modelo analítico proposto por Mendes (2002a), no momento de transição intermediária, tanto do ponto de vista horizontal como vertical. No primeiro, por apresentar uma cobertura de quase 50%. No segundo, por ainda apresentar um nível baixo de institucionalização nos espaços sociais.

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

“São todas essas, a dificuldade de modelo diferente, de pensamento diferente de profissionais, da gestão que não coopera com o processo do PSF, a própria mentalidade da população que exige o atendimento, que ainda a gente não conseguiu tirar essa mentalidade que posto de saúde é só atendimento, não é só pronto atendimento, tem a história do PSF, todo um contexto por trás” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

Esta entrevistada menciona alguns obstáculos locais encontrados nesse processo, que demonstra que embora a gestão municipal tenha adotado a atenção básica como prioridade, “in locu”, as dificuldades ainda permeiam as práticas contrariando a operacionalização do PSF tais como: modelos e pensamentos diferentes, falta de apoio por parte da gestão (neste caso ela se refere a gestão local), a mentalidade da população, em que

ainda impera o curativismo, enfim, não se trata apenas de implantar novas equipes, mas de fazer com que estas tenham práticas efetivamente voltadas para o PSF. Compreendemos, assim, que o espaço político vai muito além da decisão política municipal mas também envolve a forma como se dá essas relações no âmbito local.

No espaço dos serviços de saúde, os avanços, assim como no Brasil, foram mais de ordem quantitativa. As mudanças qualitativas ainda são pontuais, não conseguindo se organizar enquanto eixo estruturante, em conformidade com os princípios da APS.

Na dimensão educacional, existe um esforço em avançar nesse sentido, já que através do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), várias instituições estão envolvidas e comprometidas com a mudança de modelo, inclusive com mudanças curriculares de forma a atender a essas novas demandas e de capacitar os profissionais da rede, ofertando inclusive residências e especializações. O depoimento abaixo, coloca de forma clara, o fortalecimento desse espaço:

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

Nesta fala, reconhece-se o investimento da gestão no que diz respeito a formação e capacitação dos profissionais da atenção básica, envolvendo inclusive os profissionais que trabalham no regime de carga horária de 20h/semanais. Acreditamos que ao se tentar mudar o perfil desses trabalhadores, teremos a médio e longo prazo repercussão na mudança de modelo.

Quanto às representações da população, ainda estão enraizadas nos usuários a cultura do imediato, da resolubilidade da queixa, da cura, da especialidade, do exame, enfim, ainda não se percebem como sujeitos co-responsáveis pela sua saúde, como podemos observar no relato abaixo:

“A população ainda não entende, ainda vê que a unidade de saúde é só pra ela vir e ser atendida assim só da sua doença sem ter ainda a prevenção, a gente está vendo se a gente consegue fazer com que a comunidade entenda isso.. (..) Mas a gente está vendo se muda isso, por que eu acho que ainda está muito no comecinho, agora que as equipes estão aqui há dois anos..” (ENT 9, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

Ainda existe a dificuldade neste espaço da compreensão dos usuários sobre esta mudança de modelo, já que sempre foram culturalmente acostumados a procurarem as

unidades básicas apenas em situação de adoecimento, transformando esses espaços em unidades da doença, e não da promoção da saúde. Devemos repensar se estamos envolvendo o usuário e a comunidade neste processo de implantação do PSF em Fortaleza, a fim de que estes possam se sentir sujeitos ativos do processo.

A análise desses aspectos demonstra a fragilidade em que ainda se encontra o PSF no município de Fortaleza, do ponto de vista de sua sustentabilidade. Para Mendes (2002a), essa situação depende de vários fatores tais como: políticos, econômicos, sociais e sanitários, que podem evoluir para consolidação do modelo, manter a posição atual ou regredir ao modelo convencional. É importante lembrar que até 2006, o PSF ainda encontrava-se com uma cobertura de 15%, portanto, ainda é muito cedo para se desejar sua consolidação. Contudo, estudos como esse podem contribuir para identificar as debilidades e reorientar os processos em curso.

Segundo a gestão municipal que tomou posse em 2005, o modelo de atenção à saúde encontrado em Fortaleza não difere do modelo hegemônico no Brasil, do tipo liberal privatista, com predomínio do conhecimento da biomedicina e centrado na prática hospitalar, curativa, fragmentada e na atenção especializada. O marco de mudança no processo de organização de modelo, voltado para reestruturação da atenção básica, se dá no contexto de decisão política da nova gestão (FORTALEZA, 2005, 2006a, 2006b).

Na atenção básica, até meados de 2005, havia vários programas tais como: Programa Saúde da Família (PSF), a Unidade Padrão⁷, Modelo de Atenção Integral à Saúde (MAIS)⁸ e Programa Saúde Escolar (PSE)⁹, que atuavam de forma fragmentada e desarticulada dentro de um mesmo território. A coexistência da multiplicidade desses programas contribuiu mais ainda para o enfraquecimento do PSF enquanto modelo. Até 2004

⁷ Surgiu como proposta de reorganizar as unidades básicas que não tinham PSF e visava redimensionar os recursos humanos das unidades que em algumas se encontrava em excesso e em outras com carência de profissionais. A princípio era continuar com o modelo antigo, mas com uma modernização: adscrição da clientela, cadastramento de famílias, vínculo à unidade através do cartão saúde (OLIVEIRA, 2006).

⁸ Foi implantado em maio de 2002, destinado a reestruturar o atendimento as mulheres, crianças e adolescentes de zero a 14 anos. O projeto priorizava o pré-natal e o acompanhamento do recém-nascido no primeiro ano de vida, a serem realizados pelas equipes das maternidades dos quatro hospitais distritais do município. A proposta trazia para as unidades secundárias serviços que deveriam estar sendo desenvolvidos na atenção primária (OLIVEIRA, 2006).

⁹ Foi criado para complementar o MAIS, em algumas unidades de saúde, com equipes exclusivas para atender os alunos das escolas e creches municipais da área de abrangência da unidade. Não teve aprovação do conselho, pois este considerava que esta medida feria o princípio da universalidade, já que foi implantado em apenas algumas unidades, além de consistir em ações paralelas que não priorizavam o PSF. Começou a funcionar em 2002 em 25 unidades e chegou a 58 unidades em 2004 (OLIVEIRA, 2006).

não havia sido implantada nenhuma equipe de saúde bucal, nas 100 equipes de saúde da família, que atuavam em 27 unidades básicas de saúde (FORTALEZA, 2005, 2006b).

Para contextualizar melhor esse cenário de transição de modelos, é importante destacar que as unidades básicas de saúde de Fortaleza já atuavam com profissionais de saúde, mas não na perspectiva do novo modelo assistencial, aqui entendido como a estratégia saúde da família, com todas as especificidades acima citadas que a definem como modelo. A cobertura da Estratégia Saúde da Família era de apenas 15%, longe de ser o modelo predominante. A maioria dessas unidades, que hoje são denominadas de Centros de Saúde da Família (CSF), eram compostas por médicos especialistas, generalistas, enfermeiros, dentistas, que atuavam na lógica do modelo flexneriano.

Explicando melhor sobre a compreensão do PSF enquanto novo modelo assistencial, reconhece-se como modelo, dado o seu enfoque na família, na integralidade e na ligação entre os diversos níveis. Este, enquanto modelo de atenção, deve atuar nos problemas de saúde com foco na família, utilizando dispositivos da própria comunidade, fortalecendo as redes sociais, a fim de gerar autonomia e co-responsabilização quando do cuidado com a saúde e qualidade de vida (CEARÁ, 1995).

Estudos internacionais apontam que 90% dos problemas de saúde são de natureza simples, sendo passíveis de resolução na APS. Os 10% restantes seriam de competência do serviço secundário e terciário, sendo que apenas 2% é que exigiriam atenção de alta complexidade (SILVA e JUNIOR, 2006). Compreendendo o potencial de resolubilidade da atenção básica dentro do sistema, acreditamos que o SMS de Fortaleza não atuava de forma estratégica devido a sua própria cobertura de PSF, que até 2005, ainda era baixa (15%), a priorização das consultas especializadas em detrimento das consultas de atenção básica, e a porta de entrada do sistema eram os hospitais municipais (FORTALEZA, 2005, 2006a, 2006b).

Dados apontados no relatório de gestão de 2005 que abordam as consultas médicas, demonstram a não priorização da atenção básica, enquanto eixo estruturante. De acordo com este relatório, observou-se uma discrepância em relação às consultas médicas na atenção básica e na assistência especializada, o que denota a supervalorização das especialidades. Na atenção básica, foram realizadas 0,87 consultas por hab/ano; enquanto que na atenção especializada, 2,23 consultas por hab/ano, ou seja, 2,5 vezes maior. Destacamos ainda que mais da metade dessas consultas são de competência da atenção básica, porém,

foram registradas como especializadas, pois foram procedentes de hospitais municipais, o que não garante vínculo nem continuidade do cuidado (FORTALEZA, 2005, 2006a, 2006b).

Além da predominância de consultas especializadas, foram apontados ainda elementos que demonstravam a precariedade da atenção básica tais como: a baixa cobertura de PSF (15%), quantidade insuficiente de Unidades Básicas/Centros de Saúde (89) e de Equipes de Saúde da Família (102) e instalações físicas inadequadas. Em 2006, essa cobertura aumentou para 43,44% através da implantação de 304 equipes. Belo Horizonte, para efeitos de comparação, com aproximadamente a mesma população de Fortaleza, possui 141 unidades básicas/centros de saúde e 485 equipes de saúde da família (FORTALEZA, 2005, 2006a, 2006b).

Com o concurso público em 2006, os novos profissionais, muitos deles com experiência em saúde da família, foram lotados nesses CSF que há anos prestavam assistência à população no molde flexneriano. Passaram a existir nesses centros dois grupos de profissionais: um que já vinha trabalhando há vários anos sob a lógica curativista e outro que estava teoricamente preparado para atuar na atenção primária e na Estratégia de Saúde da Família. Isso gerou um certo desconforto e dificuldade na convivência desses dois modelos, pois eram duas filosofias totalmente diferentes competindo dentro de um mesmo espaço. Podemos observar essa diversidade de profissionais e modelos na fala abaixo:

“Não há um mesmo pensamento dos profissionais que entraram agora com os profissionais que já existiam, tem dois modelos aqui de profissionais e não se encaixam, por que se a gente pede pra fazer uma coisinha a mais eles estão achando que a gente está pedindo muito, “ah estão inventando trabalho pra gente fazer”, então é difícil” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

Neste discurso, podemos observar que não há uma sintonia entre o pensamento e a dinâmica de trabalho dos antigos e dos novos trabalhadores que atuam nas unidades de saúde de Fortaleza. Este processo pode ser entendido como consequência da despreocupação inicial da gestão, principalmente nas unidades que não tinham equipes de PSF, em preparar a rede para receber a “mudança”. Embora, como proposto por Mendes (1999), todas as mudanças exigem processos lentos e de longa maturação em que o velho se mistura com o novo, acreditamos que, no mínimo, deveria ter havido uma sensibilização desses antigos funcionários para a importância deste novo modelo.

Com relação aos novos profissionais contratados para trabalhar no PSF em Fortaleza, muitos deles já tinham conhecimento e vivência no PSF de diferentes municípios

do interior do Ceará. Essas experiências propiciaram um senso crítico tanto em relação às próprias concepções acerca dos modelos, como também no que diz respeito às dificuldades ocasionadas pela dualidade do sistema, a qual poderia ter sido, se não evitada, pelo menos minimizada. Por conta desse senso crítico, essas questões mostraram-se de forma muito mais fervorosa e contundente nas falas dos trabalhadores do que propriamente nas dos coordenadores. Estes, diferentemente daqueles, na sua grande maioria, não tinham experiência com o saúde da família e alguns sequer souberam apontar diferenças nessas duas formas de fazer saúde.

A conseqüência disso é que enquanto alguns trabalhadores de saúde que acreditam na filosofia do PSF tentam reverter as práticas e com isso trazer mudanças no processo de trabalho e no modo das pessoas perceberem a sua saúde, outros continuam atendendo nos mesmos moldes do modelo anterior, dificultando os avanços e o fortalecimento da APS, como podemos observar na fala abaixo:

“Todos nós temos, querendo ou não, essa equipe que entrou no concurso a gente tem uma noção do que é PSF, tem uma dentista nossa que ela nunca viu nada, nunca teve nenhum curso sobre PSF, a não ser o que ela estudou pro concurso, mas ela tem uma vontade muito grande de aprender, ela não confronta com quem tem essa visão um pouco mais ampla de saúde, que não só atender, ela tenta entender e ela tenta fazer o papel dela, na medida do possível dela, então ela está sensível, a mente dela está aberta pra outras coisas, e tem muito profissional que não, que sempre fez aquilo e quer continuar fazendo aquilo, por que não quer, se sente confortável pra ele, naquela posição de fazer sempre a mesma coisa, de só atender, de só ver aquilo (...)” (ENT.3, DENTISTA, GRUPO TS)

A fala expressa a nítida acomodação de alguns trabalhadores no que diz respeito às mudanças. Numa concepção mais restrita, às vezes, mudar significa agregar mais trabalho, mais serviço. Então, nem todos estão sensíveis e receptivos a mudanças.

Esse modelo de atenção à saúde tem sido um dos elementos importantes que inviabilizam a efetivação dos princípios fundamentais do SUS, como a acessibilidade, a integralidade da atenção, a equidade, a resolubilidade, a hierarquização da rede, a participação social e o controle social. Tem, também, dificultado a efetiva implementação do PSF e de seus princípios, tais como a adscrição e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários.

Além da dificuldade evidenciada nas falas quando da convivência de dois modelos dentro de um mesmo espaço físico, foram apontados também problemas relacionados à

compreensão do usuário quando da mistura desses modelos e da nova perspectiva, como nos mostram as falas abaixo:

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

“Ainda tem aquela mente ainda retrógrada da população acha que posto de saúde é só pra atender, se você fizer qualquer outra coisa é conversa, é papo furado, estão enrolando, aí estão vindo com negócio de palestra, conversa, estão querendo enrolar trabalho, então existe muito disso ainda na população, eles querem atendimento mesmo “ (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

Segundo os entrevistados, essa mistura também tem causado problemas na percepção do usuário, pois este não consegue entender como dentro de uma mesma unidade a forma de atendimento, a própria organização da demanda, é tão diferente. De um lado, profissionais que atendem em equipe em uma determinada área adscrita, com foco na família e na comunidade, fortalecendo o vínculo; de outro, profissionais que atendem demanda espontânea, centrados unicamente na queixa, diminuindo o sujeito à condição de uma parte do corpo, de forma que o poder está centrado no médico.

O fato de existirem dois modelos dentro do mesmo espaço e de maneira muito mais evidente e forte o hegemônico, só contribui mais ainda para fortalecer e alimentar a cultura em que a maioria dos usuários ainda tem de buscar assistência apenas quando doentes, visando unicamente resolver aquela queixa de forma pontual. Dessa forma, resulta numa supervalorização no atendimento clínico em detrimento das outras ações, caracterizando uma forte limitação nas ações de APS, tendo em vista que somente a clínica não garante impacto nas necessidades de saúde da população.

Andrade (1998) propõe um modelo de atenção à saúde que se processa sob outra lógica: a de compreender o sujeito dentro de uma perspectiva holística, que por muito tempo foi substituída pelas práticas fragmentadas, fortalecidas pela supervalorização da especialização. Este novo enfoque exige ações mais globais e humanizadas.

Outro aspecto importante na discussão de modelos, é a forma de organização da demanda na unidade, que caracteriza fortemente em que tipo de modelo ele está inserido. O

entrevistado aponta na sua fala a presença de uma demanda espontânea, típica do modelo flexneriano, como relata abaixo:

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

Nesta fala, a entrevistada coloca a convivência de dois modelos de atenção nesta unidade: o PSF, do qual ela faz parte, e o das especialidades. O PSF trabalha com demanda organizada, com área adscrita, por ciclos de vida, enquanto que o modelo convencional atende demanda espontânea. Porém, como existe uma demanda muito grande nesta unidade, ambos os modelos acabam por realizar atendimento voltado para demanda espontânea, que além de não fortalecer o vínculo, não representa na prática nenhuma diferença entre estes dois modelos.

Segundo Paim (2008), os modelos podem estar direcionados tanto para a demanda espontânea (modelo médico hegemônico), como para as necessidades de saúde (campanhas e programas de saúde). Isso não significa que a demanda espontânea não seja uma necessidade de saúde, mas são divididas dessa forma apenas para ilustrar que na primeira se trata de uma demanda desorganizada e na segunda, organizada. Explicando melhor, a dinâmica de procura pelo serviço de saúde na demanda espontânea só ocorre quando da presença de algum sinal de adoecimento, enquanto que na demanda organizada, o serviço estaria organizado de acordo com as necessidades de saúde e o perfil epidemiológico daquele território. Esta última beneficia as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e permite que o profissional de saúde tenha uma visão mais ampliada da família, já que trabalha com base territorial e perfil epidemiológico.

Outros autores como Cecílio (2001), também trazem essa importante diferença conceitual, complementando o pensamento a que se referem as diferenças entre demanda e necessidade. A demanda é a necessidade expressa pelo usuário e se caracteriza por ser moldada pela oferta. Ou seja, o usuário chega ao serviço com uma queixa – a demanda – que se refere a uma oferta do serviço (medicamentos, consultas, exames, dentre outros). Dessa forma, a necessidade vai além da demanda e os profissionais precisam realmente escutar os usuários a fim de captarem as suas necessidades. Para Stotz (2004), as necessidades podem ou não se transformar em demandas. Mattos (2001) acrescenta que os serviços não podem estar

organizados para atender somente a doença, como ocorre na demanda espontânea, mas também as necessidades de saúde, que muitas vezes, extrapolam os limites do setor saúde.

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

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

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

Fazer PSF segundo o previsto pelos formuladores do programa tem sido uma luta entre o discurso e as ações efetivamente realizadas que muitas vezes acabam por reproduzir antigas práticas. É uma luta pela sobrevivência do modelo. A fala abaixo expressa esse sentimento de luta para consolidação do modelo, como podemos observar:

“Então aqui nós não estamos fazendo PSF não. É uma luta diária, uma luta diária. É uma luta constante a questão do PSF nesta unidade” (ENT.3, DENTISTA, GRUPO TS)

É importante destacarmos que esta discussão não tem a pretensão de, em uma visão simplificada, definir qual o melhor modelo e sim debater os limites e avanços que cada um traz nas suas propostas. Com isso, não pretendemos em nenhum momento excluir a importância que o modelo flexneriano teve do ponto de vista histórico. De acordo com Brasil (1996a), não se pode negar o uso nem a importância do progresso tecnológico - científico, mas, sobretudo, deve-se reordenar os serviços pautado nos saberes e nas práticas de saúde. O modelo tradicional, segundo Andrade (1998), tem sua importância no processo de recuperação da saúde mas não se pode negar as suas limitações: demanda espontânea desorganizada, medicalização, impessoalidade nas relações e dificuldades de financiamento para o setor saúde.

Haja vista as especificidades de cada realidade social em que estes modelos se inserem, nenhum deles deve ser considerado padrão ou exemplo. Não se pode pensar em modelo assistencial como uma forma fechada e acabada, nem como verdades absolutas e inquestionáveis e sim explorar novas alternativas que possam contemplar de fato os problemas de saúde. Dessa forma, não existe “um único” modelo, nem “o” modelo superior, e sim arranjos, combinações, associações de saberes, de dispositivos humanos e financeiros com o propósito de viabilizar a produção da saúde dos sujeitos (CECILIO, 1997; CAMPOS, 2003; COELHO, 2008). Os modelos devem ser construídos a partir de suas realidades concretas, a partir de suas especificidades.

Não se trata apenas de uma forma de organizar ou administrar os serviços de saúde, mas sim de fortalecer as relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários), que são mediadas por tecnologias (materiais ou não), utilizadas no processo de trabalho de saúde com o objetivo de intervir na saúde da população. Não deve ser burocrático, nem normativo, nem padrão e sim uma forma de orientar a ação (PAIM, 2002; TEIXEIRA, 2003)

Discutir modelos assistenciais significa avaliar os sistemas de saúde (antigos e atuais), comparando-os e articulando-os aos paradigmas que estão por trás da construção desses modelos. Entenda-se como paradigma, o modo de ver os problemas, a visão de mundo, a partir de conceitos, teorias e princípios amplamente aceitos por uma comunidade científica (MENDES, 1999; COELHO, 2008).

Ao longo da história da saúde pública, muitas formas de modelos de atenção à saúde foram construídos a partir de duas vertentes principais: uma seria o momento político aliado aos interesses econômicos e ao pensamento dominante da época; e o outro aspecto que definia como esses modelos se estruturavam era a própria concepção de saúde que por muitas décadas se viu restrita a visão biologicista. As limitações advindas desse modelo e os avanços na compreensão do processo saúde – doença, que envolvia os determinantes sociais, foram pontes para a construção de um novo modelo que se aproximasse dos princípios do SUS.

A necessidade de superar as limitações dos modelos assistenciais vigentes fortaleceu a discussão em âmbito nacional, tendo sido tema da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) – “SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida” e 11ª. Conferência Nacional de Saúde (2000) – “Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde”, embora ainda obscurecidos, pelas questões referentes ao financiamento e gestão. Somente com a expansão do saúde da família, em 1998, este tema passa a ter visibilidade (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2003).

O desafio de se implementar uma saúde universal, equitativa e integral, conforme preconizado pelos princípios do SUS, esbarra nos limites impostos pela insuficiência de recursos financeiros. Nenhum sistema de saúde conseguiria atingir esses objetivos com tão pouco recursos. O modelo tradicional entrou em falência, tanto por apresentar baixo impacto nas condições de saúde das pessoas como pelos altos custos proporcionados pelo sistema (TEIXEIRA, 2003).

Outro desafio era transformar o modelo de atenção, ainda tradicional, impregnado de custos crescentes e centrado na doença numa proposta de modelo mais equânime e resolutiva, próxima das necessidades de saúde da população. Um dos caminhos importantes para fortalecer essas mudanças seria o próprio preparo dos trabalhadores de saúde para lidar com as questões subjetivas dos usuários, compreendendo as dimensões e as especificidades de cada cultura, em relação ao processo de adoecimento, para intervir de forma direcionada e dialogada naquele determinado contexto.

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

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

“Não visar só doença, mas na prevenção dela, na promoção da saúde, independente de doença ou não (...) ver nessa questão toda, que não é só fisiológica, tem a questão social que influi (...) o contexto do ser humano, da habitação, do social, da relação com a família,, tudo influencia, então a gente tem um grande papel aí na história desse processo todo” (ENT. 3, DENTISTA, GRUPO TS).

“É o holismo, é você deixar do dicotomismo, pra ver o ser humano dentro da família, dentro daquela comunidade, dentro daquele município, dentro daquela realidade, daquela situação, você deixou de ver perna, braço, fígado, você deixou de ver a doença e passou a ver o ser humano por inteiro, e aí você poder interagir, você poder trabalhar bem a prevenção em todos os sentidos, você poder trocar, somar, aprender com aquela comunidade, com aquela família, é uma troca”. (ENT. 4, ENFERMEIRA, GRUPO TS).

“São muitas diferenças. A questão de você ter essa responsabilidade com a sua comunidade, com as pessoas que moram naquela comunidade, ter um olhar diferente (...) um olhar técnico-humanizado, o que agente não encontra muito nos outros profissionais 20 horas (...) o vínculo com aquele cliente é diferente, não sei como explicar” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Os discursos, tanto dos trabalhadores de saúde como dos coordenadores, de uma forma geral, apontaram as mesmas diferenças. Para eles, o novo modelo assistencial apresenta

como características a efetivação do princípio da integralidade expresso na não fragmentação do indivíduo, na inserção do mesmo no contexto da família, da comunidade e portanto, de uma realidade epidemiológica e social específica, atendimento personalizado, compromisso, fortalecimento do vínculo, capacidade de gerar mudança na percepção de saúde do usuário, promovendo autonomia e co-responsabilização e a responsabilidade sanitária.

Levando-se em consideração essas diferenças, o MS reafirma e destaca três aspectos importantes nessa construção desse novo modelo. Primeiro, no modelo hegemônico, o foco de atuação é a doença com ênfase na medicina curativa e na demanda espontânea, já o novo modelo assistencial atua sob a óptica da integralidade. Outra diferença entre esses dois modelos seria o objeto da ação de saúde. Enquanto no modelo hegemônico é o indivíduo isolado, no novo modelo é o indivíduo como sujeito, o que significa dizer que é um sujeito participante ativo do processo, que está inserido em uma família e/ou comunidade, num contexto cultural, social e econômico, que o faz ser valorizado em todas essas dimensões. E por último, a atuação dos profissionais no seu campo de saber. Enquanto no modelo hegemônico, o profissional trabalha de forma isolada, no novo modelo assistencial o profissional trabalha em equipe, fortalecendo as ações e a resolubilidade.

Algumas falas complementam as diferenças entre os modelos sobre a lógica pautada na produtividade, como segue os depoimentos abaixo:

“Eu acho que o modelo que está agora é infinitamente superior ao anterior baseado em quantidade hoje em dia a gente não baseia mais nisso (...) no modelo tradicional o atendimento é impessoal baseado na quantidade enquanto no PSF a gente tem a personificação, tem-se uma visão mais ampliada da família” (ENT 10, ENFERMEIRO, GRUPO COORD)

“Foi difícil eles entender esse contexto né, porque aqui na unidade, a unidade era uma unidade padrão, então o importante era produzir e não a qualidade desse produto. O importante era produzir consultas, produzir exame (...)” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

No discurso a superioridade fica clara, tanto do ponto de vista conceitual, como operacional desse novo modelo em termos de gerar impacto na saúde da população, quando seguido e implementado na sua integralidade. Um dos aspectos levantados foi a questão da “produtividade”. Aqui nos chama a atenção o fato de que o próprio sistema, no âmbito federal, ao pagar os profissionais por atendimento, fazia com que os profissionais ficassem “seduzidos” pelo valor de troca. Ou seja, quanto mais eles atendessem, mais isso geraria lucro. Isso se estendeu não só aos atendimentos, mas também aos procedimentos.

Então, se ao atender mais, esses profissionais receberiam mais, o que isso representa em termos práticos? Na maioria das vezes, um atendimento rápido, fragmentado, descontextualizado, centrado apenas na queixa. Enquanto no PSF, não existe produtividade, dessa forma os profissionais podem dedicar mais tempo aos usuários, sem que para isso haja algum prejuízo de ordem financeira. Ou seja, pelo menos em tese, poderão oferecer mais qualidade no atendimento.

Em Fortaleza, nas unidades de atenção básica, existem hoje dois tipos de gratificação: por produtividade, cujo valor depende do faturamento da unidade e do número de consultas e/ou procedimentos efetuados por médico e dentista; e um “incentivo” denominado de Gratificação pela Execução de Trabalhos Técnicos (GETT)¹⁰ que consiste num valor fixo, que varia por categoria profissional e é concedido mediante o número de consultas e ou/procedimentos efetuados, de acordo com a meta estipulada. Apenas em algumas unidades de Fortaleza, os profissionais recebem por produtividade, a maioria recebe apenas o incentivo, que varia de 120 à 480, que varia de acordo com a categoria profissional.

Embora os termos sejam diferentes, produtividade e incentivo, ambos expressam a lógica da quantidade, pois no primeiro, quanto mais o profissional atende, mas ele recebe e no segundo, ele também precisa atender uma certa quantidade sob ameaça de perder aquele incentivo mensal. Acrescente-se a isso que caso ele ultrapasse aquela meta, isso não vai agregar nenhum valor ao seu salário. Enfim, em ambas as propostas, a lógica do mercado impera, fragmentando o cuidado, dificultando a qualidade nesse atendimento e a própria sustentabilidade do PSF enquanto estratégia, já que contraria toda a lógica desse modelo.

A entrevistada abaixo complementa a pouca compreensão que os especialistas possuem sobre esse novo modelo de atenção, como aponta o discurso abaixo:

“(..) temos que nos sentar pra explicar, pra ele levar pra casa essa reflexão, muitas vezes eu tive que sentar com um especialista aqui, uma especialista muito boa que tem na casa pra ela levar pra casa a reflexão porque que é diferente” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Ainda, como podemos perceber na fala do sujeito, não existe uma compreensão por parte dos especialistas sobre a real diferença entre esses modelos, seus princípios e a dimensão de integralidade, havendo a necessidade constante de haver essa interação na

¹⁰ Essas informações foram fornecidas por uma coordenadora de um CSF de Fortaleza-CE, não selecionado para o estudo, apenas para enriquecer a análise.

própria unidade para que eles percebam a importância do PSF dentro da organização do sistema de saúde.

Algumas falas divergem colocando que não existe o modelo de PSF na Atenção Básica em Fortaleza, identificando apenas o modelo convencional:

“Olha, na minha experiência anterior, no município anterior, diferenciava bastante, por que a gente tinha um médico, tinha uma área específica de atendimento, a gente atendia toda aquelas prioridades no ministério, criança, adolescente, adulto, aí já na prática aqui de Fortaleza a gente não tem isso não, tem um atendimento dos grupos, mas que eu acho que na realidade não é atendimento de PSF, eu acho que é bem mais o atendimento de tratar a doença do que especificamente de promoção de saúde, mesmo a gente fazendo palestra antes de iniciar o atendimento, eu não acho que seja atendimento de PSF, por que agente não trabalha com grupo de promoção de saúde, de prevenção de doença (...)Eu acho que a gente faz muito as práticas tradicionais, de estar atendendo atender demanda...” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

O discurso evidencia a presença das práticas tradicionais em detrimento das ações de promoção e prevenção. Além das dificuldades associadas de equipes incompletas; ausência de áreas adscritas e de atendimentos por ciclos de vida, o que se coloca é um atendimento de demanda espontânea, para tratar a doença de determinados grupos de risco. Não há um atendimento organizado com responsabilização de área adscrita.

A primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, define essa estratégia como sendo um processo de capacitação da comunidade para atuar no processo saúde-doença, produzindo saúde e prevenindo doenças (BUSS, 2000). Reconhece-se que a promoção da saúde transcende o setor saúde, tendo em vista que se busca atuar nos diversos determinantes do processo saúde-doença tais como: meio ambiente, educação, emprego e condições de vida e de trabalho. Alguns estudiosos do tema, entretanto, defendem que não se pode retirar do setor saúde a centralidade e o papel principal no que se refere à realização de ações de promoção da saúde (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004). Acreditamos, dessa forma, que a promoção da saúde deve ser prioridade no PSF, traduzindo-se em ações de fortalecimento dos indivíduos, famílias e comunidade. Dentre estas ações, destacam-se a realização de grupos, com metodologias que promovam o protagonismo dos usuários e o fortalecimento pessoal e comunitário. Em Fortaleza, como podemos observar a partir do discurso acima, ações efetivas de promoção da saúde no PSF ainda não são muito realizadas.

Ainda sobre as diferentes concepções do modelo hegemônico e o novo modelo assistencial através da estratégia saúde da família, identificamos algumas divergências no que

diz respeito a existência de alguma diferença entre esses dois modelos, como aponta a fala abaixo:

“Não vejo nenhuma diferença não, o que eu sinto mesmo a diferença é só as áreas cadastradas, e a dificuldade das pessoas, dos usuários, em relação à consulta, a exame, à fila de espera que antes não existia, antes não tinha, antes você vinha, fazia sua consulta, não era consulta agendada” (ENT 11, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

“É só a questão da família como um todo.. você pegar toda a faixa etária.. vendo o paciente como um todo não pegar só uma parte dela como o pediatra vai pegar só aquela criança daquela família e ele não, ele pega tudo tem conhecimento simbólico com aquela família.. só isso..” (ENT. 8, DENTISTA, GRUPO COORD)

Nesse primeiro discurso podemos apontar alguns agravantes. Primeiro, percebemos o não reconhecimento de que haja alguma diferença entre esses dois modelos, quando na verdade vários estudos anteriormente citados sinalizam as fortes diferenças entre essas duas perspectivas. Segundo, identificamos em seguida, como diferença, apenas um dos princípios organizativos importantes do PSF: a adscrição de área. Em terceiro, apreendemos que, o novo modelo trouxe dificuldade aos usuários, nas consultas e nos exames, discordando da ferramenta “consulta agendada”. Ou seja, sendo a favor da organização por demanda espontânea. Na segunda fala a coordenadora aponta uma visão reducionista das diferenças na medida em que só consegue perceber uma diferença, que é o atendimento prestado a família e não ao indivíduo.

Em ambas as falas, as entrevistadas são coordenadoras de CSF e seus discursos apontam o desconhecimento das questões referentes aos modelos de atenção e a proposta do saúde da família, ou seja, ainda existem forças contrárias aos princípios do PSF e à sua efetivação pelo próprio desconhecimento observado em vários aspectos da entrevista. Isso é preocupante e coloca ao estudo a reflexão a respeito do preparo e da responsabilidade dessas coordenadoras que estão a frente desses serviços em realmente conduzi-los para uma mudança de modelo.

Retomando as concepções sobre modelo de atenção trazidas por Teixeira (2003) e neste momento, fazendo uma análise mais geral, a partir de tudo que já foi discutido neste subtópico, articularemos as dimensões trazidas neste conceito com o modelo de atenção de saúde em Fortaleza.

A primeira concepção implica em ordenar o processo de trabalho através das práticas de saúde. Numa segunda concepção, a da perspectiva mais ampliada e sistêmica, o modelo de atenção traz três dimensões importantes e necessárias para a transformação de

modelo. Estas dimensões pode ser classificadas como: gerencial, organizativa e técnico-assistencial. A gerencial, diz respeito ao processo de reorganização dos serviços; a segunda, a organizativa, se refere às relações entre as unidades de prestação de serviços; e a terceira, a dimensão técnico-assistencial, trata das relações entre os sujeitos, mediadas pelo saber e tecnologia, que atuam em vários planos (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2003).

Do ponto de vista da primeira concepção, que se refere à mudança das práticas, o que se observa em Fortaleza são tentativas de mudanças e transformações ainda pontuais, haja vista a complexidade de se mudar o que tradicionalmente se faz há anos. Ainda nos deparamos com práticas tradicionais e a supervalorização do atendimento clínico. Na segunda concepção, que traz a perspectiva mais sistêmica, Fortaleza deu seu pontapé inicial quando da realização do concurso, onde foram implantadas 304 equipes, reorganizando o serviço a partir da atenção básica, na tentativa de reorientação do modelo assistencial. O grande desafio agora é fazer com que isso se consolide.

Com base nas três dimensões, podemos fazer algumas considerações com base na realidade de Fortaleza. Na dimensão gerencial, podemos afirmar que a atenção básica em Fortaleza ainda é muito voltada para a demanda espontânea, o que representa em termos teóricos, o desenho de um modelo curativista. O aumento de cobertura do PSF em 2006 ainda não foi capaz de gerar mudança de modelo, pois o processo de transição é muito incipiente.

Na dimensão organizativa, que trata da relação entre as unidades de prestação de serviços, ainda não podemos afirmar que existe uma comunicação efetiva entre os três níveis de atenção, o que pode comprometer ainda mais a resolubilidade da atenção básica. Por exemplo, é fato que após as equipes assumirem, a demanda nas unidades aumentou e conseqüentemente também os encaminhamentos para os serviços especializados.

A dimensão tecno-assistencial ainda caminha para o efetivo compromisso com as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, predominando ainda a cura.

Essas três dimensões são imprescindíveis para a mudança de modelo mas são insuficientes. Exige ainda a transformação do seu objeto de trabalho, dos meios de trabalho, do perfil dos sujeitos e as relações estabelecidas entre usuários e trabalhadores de saúde. Trata-se de superar o modelo centrado na demanda espontânea, com foco na doença, para inserir ações de promoção e prevenção, a partir do território onde aquelas pessoas vivem.

Significa incidir ações voltadas para as causas (determinantes sociais) e não apenas para os efeitos (doença) (TEIXEIRA, 2003).

4.2.2. A compreensão do processo saúde-doença e os modelos de atenção

Outro aspecto crucial para a mudança de modelo diz respeito às diversas concepções do processo saúde-doença. As práticas de saúde desenvolvidas nos serviços guardam uma relação direta com a sua concepção de saúde-doença, daí a importância de discutirmos essas questões como caminhos para a mudança de modelo no município de Fortaleza. O conceito de saúde sofreu algumas dificuldades no processo de sua construção, seja pela complexidade em defini-lo, seja pela constante preocupação de estudiosos em definir a doença, negligenciando o conceito de saúde ou ainda colocando-a em segundo plano (BATISTELLA, 2007a).

No que diz respeito à concepção acerca do processo saúde-doença, podemos perceber, nas falas dos entrevistados, uma convergência no sentido do conceito ampliado de saúde por parte dos trabalhadores e coordenadores, conforme apontam os depoimentos seguintes:

“Saúde é qualidade de vida não é? (...) por exemplo, se chega aqui uma pessoa, vamos dizer um paciente daqui, chega em casa e tem todos aqueles problemas, não tem uma moradia digna, tem os seus filhos doentes, não tem uma higiene, então não esta saudável, não tem saúde. Não é isso?” (ENT 9, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

“Não tem mais assim aquele conceito de saúde ser só a ausência de doença física, saúde está num conceito bem amplo (...) saúde física, saúde mental, qualidade de vida, cultura, economia, tudo isso aí é saúde, tem muito paciente que aparentemente não tem nenhuma doença física, mas que mora numa favela, não tem condições de saneamento, não tem nada, esse paciente pra mim não tem saúde, têm problemas de família, alcoolismo, drogas (...) então saúde é uma coisa ampla, é mais do que só uma ausência de doença física” (ENT 11, MÉDICO, GRUPO TS).

Podemos observar nos depoimentos o conceito ampliado do processo saúde-doença, que é definido tanto em termos da concepção trazida pela OMS, que considera a saúde como sendo o “completo bem estar físico e mental”, como também influenciado pelas perspectivas destacadas na Carta de Ottawa (1986) e na Constituição Federal de 1988, abordando aspectos que vão além da dimensão biológica, tais como: condições sócio-econômicas, culturais, sociais, que agregam emprego, lazer, educação, alimentação e ainda as questões psicológicas atreladas a todo esse processo.

Para Oliveira e Egry (2000), a multicausalidade deste novo conceito aponta riscos sob dois pontos de vista: primeiro, quando da impossibilidade de conhecer e aprofundar cada um desses fatores, levando-o a unicausalidade; e segundo, a pouca aplicabilidade na formulação de políticas de saúde, dada a dificuldade de, em meio a tantas necessidades, definir prioridades.

Neste novo conceito ampliado de saúde, o indivíduo deixa de ter papel passivo, podendo buscar diferentes formas de restaurar suas capacidades vitais, tornando-se co-responsável pela produção da sua saúde enquanto sujeito ativo desse processo. Estes autores colocam ainda que foi a partir da Medicina Social que o objeto começa a se deslocar da doença para saúde (OLIVEIRA e EGRY, 2000).

Em Fortaleza, a atual gestão assume, politicamente, esse conceito ampliado de saúde, compreendendo-a como objeto complexo socialmente produzido que requer uma abordagem sobre três aspectos importantes: transdisciplinar (possibilita a incorporação de múltiplos saberes); intersetorial (outros setores são necessários para intervir junto aos determinantes e condicionantes da saúde); multiprofissional (ação das mais diversas categorias profissionais para potencializar a integralidade da atenção) (FORTALEZA, 2005).

Uma das falas apontou ainda a relação entre pobreza e saúde-doença, conforme observamos no depoimento abaixo:

“Bom, a saúde né, o conceito de saúde ele já mudou há algum tempo (...) não é só mais a ausência de doença é um completo bem-estar. Então para termos essa saúde, falta muita coisa. Às vezes a pessoa nem está doente fisicamente, mas chega aqui às vezes só para a gente conversar e a pessoa já sai melhor. E em relação como é que está a saúde e a doença população aqui, a gente pode dizer que não se tem saúde, por que a população daqui é muito pobre, vive numa situação de extrema pobreza mesmo, o mangue não tem nem água potável praticamente, então a gente convive com doença realmente, doença física e ausência de bem-estar” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Sobre esta relação, Oliveira e Egry (2000) colocam que existe de fato essa aproximação, tendo em vista que, observaram-se nas populações de menores rendas as piores condições de saúde, suscitando a reflexão de uma nova maneira de pensar a saúde e a doença, que contemple o ponto de vista social, ou seja, a compreensão de que os determinantes sociais da saúde estão para além das ações assistenciais.

Se em determinadas sociedades alguns grupos são mais saudáveis do que outros, o que leva a determinar essas variações no processo saúde-doença das pessoas? Algumas variáveis importantes são apontadas como respostas, tais como: sexo, faixa etária, dentre

outros, sendo necessário cruzamento dessas variáveis com as desigualdades e as iniquidades sociais, que são as desigualdades evitáveis (BRASIL, 1996a).

Mais complexa do que uma relação de causa-efeito, os determinantes sociais incluem habitação, saneamento, educação, serviços de saúde e ambiente de trabalho, mas também as redes sociais e comunitárias explicam porque determinados grupos adoecem mais do que outros. Para Batistella (2007b), pensar saúde em todas essas dimensões implica pensar na superação do modelo biomédico e na reorganização do modelo, ainda tão assistencialista e curativista. Além de que, se quisermos combater as iniquidades de saúde, devemos conhecer melhor as condições de vida dos grupos, utilizando o PSF como uma das mais importantes estratégias nesse processo

Pensando com estes autores, se ter saúde é ter acesso à habitação, educação, lazer, transporte, dentre outros, e considerando que as pessoas de classe baixa não têm acesso adequado a esses serviços, ou se têm, têm pouco acesso ou de má qualidade, poderíamos concluir que eles não têm saúde, comprovando a relação direta entre saúde e pobreza. Entretanto, compreendemos o processo saúde-doença de maneira dinâmica, não estática, de forma que não podemos afirmar que uma pessoa tem ou não saúde. Seria mais adequado falar em estados de saúde, em sentir-se saudável ou estar saudável. Por exemplo, se considerarmos apenas um dos aspectos, como a doença do ponto de vista físico, as populações de classe social mais elevada, que possuem acesso à habitação, educação, lazer e transporte, não necessariamente têm saúde, embora estejam muito menos vulneráveis do que as populações de baixa renda.

Outro aspecto complementar importante trazido em uma das falas dos entrevistados foi a visão sobre os processos que os indivíduos desenvolvem para adaptar-se às situações e aos problemas que enfrentam e que impactam sobre sua saúde, como nos mostra abaixo:

“Eu acho que a doença é quando você tem qualquer segmento, qualquer área do funcionamento psíquico biológico e social do indivíduo sendo prejudicada por algum motivo e acho que a saúde ela é o nível é o maior nível de adaptação que o indivíduo consegue para esses prejuízos, essas barreiras, essas dificuldades com isso eu consigo ver o seguinte, que eu posso ter um indivíduo diabético certo sem necessariamente ele ser um doente de diabetes porque ele pode atingir um nível máximo de adaptação da diabetes dele que permita que ele viva com saúde certo?” (ENT.10, ENFERMEIRO, COORD)

O entrevistado coloca a saúde dentro de outro contexto, que não necessariamente ausência de doença. Por exemplo, as pessoas podem se sentir saudáveis mesmo quando

portadoras de determinadas doenças. Ou seja, a saúde depende do modo como eu a vejo e convivo com ela. Para Batistella (2007b), nem sempre ausência de sinais e sintomas é sinônimo de saúde, assim como algumas pessoas podem se sentir saudáveis mesmo quando doentes. Parece paradoxal, mas exprime a dimensão subjetiva e a relativização desse conceito, considerando sujeitos e cenários diferentes.

Ter saúde, considerando essas dimensões apontadas nas falas, é de uma complexidade imensa no país em que vivemos, se não utópico, diante de tantas desigualdades sociais. O próprio conceito da OMS traz essa dimensão utópica da saúde ao considerá-la como um “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Apesar desse conceito expressar a tentativa de superação da visão negativa da saúde, a crítica que se deve fazer reside no questionamento sobre a real possibilidade de haver um “completo” “bem-estar”. Além disso, se considerarmos o processo saúde-doença como sendo dinâmico, não podemos defini-lo em termos de “estado de bem-estar” pois este é uma condição estática, que se realiza num determinado instante.

Oliveira e Egry (2000) criticam a definição da OMS por trazerem a saúde como algo genérico, absoluto, indivisível e estático. Além de apresentar uma polaridade, na medida em que em um pólo traz o bem-estar numa perspectiva mais ampla e o outro pólo a ausência de doença, simplificando-a a ausência pura e simples de circunstâncias biológicas.

Batistella (2007b) corrobora com Oliveira e Egry (2000), apresentando como críticas ao conceito o seu caráter utópico, inalcançável, inatingível e portanto idealizado, impedindo que este possa ser usado como meta nos serviços de saúde. Critica também a concepção pouco dinâmica e a própria ausência de objetividade, supervalorizando a subjetividade, que impossibilita medir o nível de saúde da população. Entretanto, Caponi apud Batistella (2007a), coloca que a subjetividade é inerente ao processo saúde –doença.

Batistella (2007b), discute ainda a saúde como oposto lógico da doença e coloca que a hegemonia do modelo biomédico contribuiu para a visão limitada de saúde como ausência de doença. Não se trata de forma reducionista de antônimos, e sim, de conceitos que estão interligados e que dependem de vários determinantes sociais para dar conta de sua complexidade.

Pensamos que a abrangência do termo leva a uma certa frustração, por criar expectativas de um estado de saúde inatingível, perfeito e idealizado, haja vista a

impossibilidade de um completo bem estar físico e mental, de forma concomitante. Nesse ponto de vista, nenhum ser humano tem saúde.

Ainda a respeito desse conceito, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, realizada no Canadá, na qual foi elaborado um documento definido como Carta de Ottawa (1986), diz que: “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde”. Dado a complexidade dessas variáveis, a proposta chama para a responsabilidade do próprio Estado em implementar políticas públicas que possam viabilizar o alcance dessa saúde.

No Brasil, o marco histórico no avanço da discussão desse conceito ampliado de saúde se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, que trazia de forma clara no seu texto os requisitos fundamentais para a saúde, como podemos observar abaixo:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1988: 4).

Essas concepções foram incorporadas na Constituição de 1988, uma das maiores conquistas dos movimentos sociais, entendendo a importância da ampliação do conceito de saúde – doença, em que no seu art. 196 diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988:37). O grande avanço que podemos pontuar é a inserção de forma explícita da importância dos determinantes sociais neste processo, embora esteja distante em termos de aplicabilidade real.

A doença, no passado, era explicada numa concepção monocausal (agente-hospedeiro) e em seguida, evoluiu para concepção ecológica, estabelecendo uma relação direta entre hospedeiro e ambiente, em que eram considerados fatores individuais como: raça, sexo, renda, idade, etc. Nessas concepções, a saúde é entendida como ausência de doença, havendo um predomínio da clínica, coerente com o paradigma flexneriano (MENDES, 1999).

A partir da Conferência de Alma Ata e da Reforma Sanitária, os modelos começaram a entender o processo saúde-doença, não mais numa relação cartesiana de causa e efeito, numa relação monocausal, mas fruto de vários determinantes inseridos nos contextos sociais econômicos e históricos de uma determinada população.

Os limites trazidos por essas concepções não acompanharam a evolução das doenças, na medida em que se depara com outro cenário: o aumento da expectativa de vida e o crescimento das doenças crônicas-degenerativas. Era necessário progredir na definição e na prática do processo saúde-doença.

A partir da crise dos anos 70, começou a discussão dos modelos e, com eles, foram ganhando força as concepções de saúde e doença oriundas do conceito de saúde estabelecido pela OMS. O debate estava em torno das limitações das concepções do processo-saúde doença que não eram capazes de suprir a dimensão subjetiva de sujeitos inseridos em sociedades tão complexas. O caminho era articular a saúde como resultante das condições de vida.

Para Mendes (1999) só é possível consolidar o SUS e transformar modelo, quando da mudança de três pontos importantes: a concepção saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária. Ou seja, seria a transformação da concepção negativa do processo saúde doença para a positiva, do paradigma flexneriano para a produção social de saúde, da atenção médica para a vigilância à saúde. Dada a complexidade desses três elementos, é necessário entender que é um processo longo, exigindo um período de transição, em que o novo convive com o velho, não havendo espaços para fórmulas mirabolantes que possam gerar resultados imediatos.

Podemos perceber na fala seguinte uma divergência em relação à concepção saúde-doença, caracterizando essa transição de que fala Mendes (1999), tendo em vista que ainda persiste aquela concepção de saúde-doença no aspecto negativo e biológico:

“(...) muitas vezes a maioria, não vou dizer todas, mas a maioria, 20% desses 56 mil habitantes procura a unidade de saúde sem doença. Só por mania ou por hábito. De achar que está doente, por que quando você está doente realmente e procura a gente percebe, a gente vê e sabe que você está doente. Mas a maioria dos que procura, tiram o lugar de quem está realmente doente, mas é só aquela mania, só aquele vício de estar nas unidades, nos hospitais, atrás de remédio se queixando que está doente. Aí, como tirou a consulta e é um direito dele se consultar, o doutor passa nem que seja remédio de verme para tomar, para poder ir embora e se conformar” (ENT 11, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

Para essa entrevistada, a saúde é entendida como ausência de doença, e a doença como uma entidade meramente biológica e, por isso, só reconhecida quando fisicamente observável, ou seja, visível. Oposta à noção de doença, concebe-se o vício ou a mania. Ou seja, se não há uma enfermidade biologicamente visível, há um vício ou uma mania. Expressa ainda não só o despreparo técnico desta coordenadora, mas também subjetivo, no sentido de apreender dessas pessoas as suas reais necessidades de saúde.

Segundo Oliveira e Egry (2000), a busca pela assistência é definida como demanda, e o seu reconhecimento, seja pelo indivíduo que o manifesta ou pela instituição que a reconhece, de necessidade. Entretanto, para os serviços de saúde que possuem a visão mais limitada e prestam assistência meramente curativa, essas demandas serão identificadas dentro dessa nova lógica, ou seja, voltada para a doença, para o fisicamente sentido e visível. Entretanto, não devemos reduzir as necessidades de saúde a processos fisiopatológicos. Isso seria um retrocesso.

Em outra fala, percebemos a visão restrita do processo saúde-doença, como podemos observar abaixo:

“Sobre a prevenção, pra se prevenir, nós agentes de saúde, nós já trabalhamos em cima disso, geralmente em cima dessas doenças, pra prevenir e a gente orienta né?” (ENT.2, ACS, GRUPO TS).

Consideramos que essa visão precisa ser aprimorada, pois a sua limitação explícita apenas um dos aspectos: a prevenção de doenças, sem considerar outros elementos tais como promoção da saúde, qualidade de vida e a própria recuperação. Acreditamos que essa concepção está intimamente vinculada à função exercida por essa participante, que é Agente Comunitária de Saúde, tendo como uma de suas principais atribuições o trabalho de prevenção junto às pessoas, famílias e comunidade.

A partir das questões aqui levantadas, surgem algumas reflexões: diante da complexidade do conceito de saúde, como operacionalizá-lo? Como fazer com que isso se concretize na prática do município de Fortaleza? Acreditamos que um dos caminhos seria através do fortalecimento desse conceito junto aos trabalhadores de saúde da rede, responsáveis pelas mudanças nos serviços, a fim de atuar na transformação da realidade social e de saúde da população. Essa discussão deve ser retomada não só somente nos espaços dos serviços de saúde, mas nas universidades, com currículos voltados para formar profissionais com esse perfil, buscando superar o tecnicismo tão presente nos cursos da área de saúde.

4.2.3. Transformando o perfil dos sujeitos como instrumento para a mudança de modelo

A partir da compreensão da relação direta que existe entre o processo saúde-doença e o perfil dos sujeitos que atuam na atenção básica, como elementos imprescindíveis para reverter o modelo assistencial, discutiremos um pouco sobre a atuação da educação permanente no município de Fortaleza. De maneira geral, que perfil de profissionais temos hoje na atenção básica no Brasil?

A pesquisa nacional realizada, em 1999, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Ministério da Saúde (MS) e Departamento de Atenção Básica (DAB), intitulada “Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família” aponta que 73,78% dos médicos e 70,68% dos enfermeiros são formados por instituições públicas; 39,53% dos médicos e 35,49% dos enfermeiros têm alguma especialização, representando um indicador importante que precisa ser melhorado; 14,91% dos médicos fizeram residência em Medicina Geral Comunitária, enquanto que 40,03% dos enfermeiros têm habilitação em Saúde Pública, o que chama a atenção pela própria diferença no perfil desses profissionais, em que o médico apresenta uma formação mais clínica e o enfermeiro mais sanitarista, o que pode comprometer as ações desenvolvidas pela equipe (MACHADO, 2000, 2002).

Outra pesquisa, realizada no Ceará, em 1998, nos mostra que 41,1% dos médicos se formaram na Universidade Federal do Ceará (UFC) e os demais em outros estados, ao passo que 78,1% dos enfermeiros concluíram seu curso no Ceará, até pela própria oferta de cursos de enfermagem existentes no estado; apenas 5,8% dos médicos tinham alguma residência em medicina social ou geral comunitária, enquanto 30,3% dos enfermeiros tinham especialização em saúde pública e 15,2% em saúde da família, apontando mais uma vez uma aproximação do perfil de sanitarista para a categoria de enfermagem; 43,5% dos médicos e 56,8% dos enfermeiros mencionaram ter participado de pelo menos uma capacitação específica de PSF (especialização em saúde da família, introdutório em PSF, capacitação dos ACS em PSF), o que é um dado preocupante, já que praticamente metade desses profissionais ainda não tinham tido oportunidade de se qualificar (ANDRADE, 1998).

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2006), em parceria com a Estação CETREDE, Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Secretaria de Saúde do Estado

do Ceará (SESA), realizou em 2006 uma pesquisa na macrorregião do Cariri no Estado do Ceará, envolvendo 29 municípios, que revelou que: de 1031 profissionais de nível superior que atuam no SUS nessa região, 565 (54,6%) possuem especialização, dos quais 143 (25,3%) em Saúde Pública e 159 (228,1%) em Saúde da Família. Apesar de não ser específico para os profissionais do PSF, é um importante dado a considerar, apontando que ainda se tem muito a avançar na capacitação dos profissionais de saúde do PSF.

Outro estudo apontou que 50,8% dos médicos e 53,2% dos enfermeiros que atuam no PSF de Fortaleza fizeram ou estão fazendo especialização em saúde da família, enquanto apenas 34,5% dos auxiliares de enfermagem e 48,7% dos ACS realizaram algum tipo de capacitação¹¹. Estes dados demonstram uma maior ênfase na capacitação dos profissionais de nível superior.

A necessidade de educação continuada das equipes de PSF, reconhecidas pelo próprio MS, em 1997, promoveu a implantação dos pólos de capacitação com credenciamento de 31 centros, dentre eles, Fortaleza. Estes centros são financiados com recursos do REFORSUS (BRASIL, 1997). Os pólos representam a articulação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, em que o primeiro demanda um profissional com novas qualificações e competências adequadas ao novo modelo, e o segundo é responsável pela formação desse novo profissional, através da formação e capacitação de recursos humanos voltados para o SUS (SOUSA, 2002b). São responsáveis pelos cursos introdutórios, atualização técnica em áreas específicas, especialização e residências (SOUSA, 2002b; CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Na própria Constituição Federal em seu artigo 200, inciso III, a formação de recursos humanos é colocada como de competência do SUS. O sistema municipal de saúde de Fortaleza toma isso como responsabilidade, criando o Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE), através da portaria 160/2006, publicada no Diário Oficial do Município em 04/janeiro de 2007, como política local estruturante do SUS, entendendo a educação permanente em saúde (EPS) como ponte para transformação do modelo.

A EPS é um dos eixos da organização e gestão do modelo de atenção integral a saúde da população fortalezense. A educação permanente instiga reflexões sobre o seu processo de trabalho e a partir dessas inquietações, busca transformar esse espaço,

¹¹ Dados parciais de pesquisa, referente à dissertação de Érica Maria Noronha Viana, realizada em 2008, em fase de conclusão, pelo Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da UECE.

qualificando o trabalhador e oferecendo qualidade ao serviço (FORTALEZA, 2005; 2006a). Para Barreto et al (2006), a EPS potencializa a reorientação do modelo assistencial.

Segundo relatório de gestão de 2005/2006, o SMSE apresenta três importantes diretrizes: o conceito ampliado de saúde, compreendido como qualidade de vida; um sistema que tem como eixo central o espaço no serviço e no seu território e a preocupação de formar profissionais que possam atender as necessidades de saúde da população (FORTALEZA, 2005; 2006b).

Pensando a partir de recomendações de documento do MS (BRASIL, 1996a), destacamos que as instituições de ensino, incluindo as universidades, faculdades, escolas de saúde públicas, devem reforçar a substituição do modelo de atenção, sob o risco de não haver mudanças efetivas nas práticas de saúde.

Diferentemente da dinâmica da educação permanente das profissões que atuam nos serviços especializados, que buscam os novos padrões de excelência pautados nas tecnologias duras, a estratégia saúde da família tenta resgatar habilidades perdidas referentes a tecnologias leves, tais como o cuidado, a escuta e o diálogo (BRASIL, 1996a).

Em termos operacionais, o SMSE significa articular as instituições de ensino a cada SER através de uma rede integrada de serviços, gestores, trabalhadores de saúde, usuários, escolas e universidades, envolvidos com todo o processo de educação (Barreto et al, 2006). Integram o SMSE: a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) composta pelas Redes Assistenciais do Sistema Municipal de Saúde; a Universidade Federal do Ceará (UFC); a Universidade Estadual do Ceará (UECE); a Universidade de Fortaleza (UNIFOR); a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP – Ceará); a Faculdade Christus (FCHR); os Trabalhadores (as) do Sistema e os Representantes da comunidade (FORTALEZA, 2005; 2006b).

O relatório aponta ainda algumas iniciativas do SMSE no que tange à educação permanente dos trabalhadores de saúde da rede. Entre elas, destacam-se os seguintes cursos:

- Curso de Extensão Universitária HumanizaSUS;
- Curso em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância;
- Residência de Medicina de Família e Comunidade, já em funcionamento, com 76 residentes integrados ao Sistema de Saúde de Fortaleza, em parceria com as instituições de Ensino relacionadas anteriormente, em desenvolvimento (Barreto et al., 2006);

- Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em organização;
- Curso de Atualização em Sistemas Municipais de Saúde, em organização;
- Curso de Especialização em Terapia Familiar, 360 horas aula, com a participação de 30 profissionais, em parceria com a Universidade Federal do Ceará e a Universidade sem Fronteiras, em desenvolvimento;
- Curso de Formação em Terapia Comunitária, constituído por 120 horas aula, em parceria com o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, o Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária (MISMEC) e a Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD), em desenvolvimento;
- Curso de Formação em Massoterapia, em organização.
- Especialização em Saúde da Família (iniciada em 2008)¹²

As falas abaixo expressam em linhas gerais o reconhecimento do investimento na EPS, através da oferta de cursos, porém com algumas ressalvas:

“Eu sei que eu tenho tanto certificado, que a gente faz de dengue, sobre os hipertensos, sobre diabéticos, AIDS, tudo isso a gente tem, sempre a gente tem treinamentos. No posto, não temos cursos, geralmente são fora, porque aqui não dá, é muito apertado. Não dá pra fazer. Eu fiz curso até de palhaço (...) agora curso específico do PSF nós não fizemos” (ENT 2, ACS, GRUPO TS)

“Sempre a regional, a gestão tem uma preocupação imensa nessa educação permanente, agora mesmo está acontecendo uma especialização em saúde da família, vários profissionais estão participando, eu já fui selecionada duas vezes pra participar, mas não tive condição por conta que eu sou sozinha..” (ENT 7, PSICOLOGA, GRUPO COORD)

“Sempre que os cursos vêm, sempre é voltado mais para o PSF (...) Tem acontecido, aconteceu o “AIDPI”, aconteceu o de saúde mental, tem acontecido, aos poucos, mais tem acontecido. Porque sempre bate naquela tecla que nós não podemos nos ausentar da unidade muito tempo, aí às vezes num curso de quarenta horas uma semana toda fora da unidade (...)” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“Olha, eu percebi que na época que a gente entrou, a oferta era bem maior de cursos. Agora, já tem está bem reduzida a oferta de cursos. Mas quando vem normalmente, ele vem para as equipes de PSF (...) Pessoal do nível médio tem muito pouco, muito pouco mesmo, e digamos assim uma capacitação de 40 horas já está mais restrita” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

De uma maneira geral, as falas convergiram no sentido de identificarem na gestão uma preocupação em qualificar os profissionais da rede para melhorar a qualidade do serviço

¹² O curso de especialização em saúde da família é uma parceria entre o MS, OPAS e UECE, como forma de fortalecer a EPS em Fortaleza. Foram oferecidas 300 vagas para servidores públicos que atuam na rede de atenção básica da SMS. O curso teve início em março de 2008 e tem duração de 1 ano e seis meses. A carga horária é de 534h presenciais e 384h em serviço, através de atividades de preceptoria de território.

e assim, produzir mudanças e reflexões nos seus ambientes de trabalho. Ao mesmo tempo, foi mencionado que houve uma redução na oferta desses cursos, não tendo sido colocado os eventuais motivos.

Para Cordeiro (2000), o profissional de saúde da família tem que estar apto a desenvolver habilidades tais como: conhecer as realidades das famílias, identificar os problemas de saúde prevalentes, elaborar um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência integral, desenvolver ações educativas e intersetoriais. Para responder a tais exigências, se faz necessário a formação e a educação permanente desses profissionais, não só como um desafio, mas como um compromisso de obter êxito na proposta.

De maneira geral, egressos dos cursos de graduação não têm o perfil necessário para atuar sob a nova lógica da estratégia saúde da família. A realidade dessas equipes consiste em profissionais que tiveram cursos de sensibilização de curta duração e/ou especializações por esforços individuais. É necessário expandir e fortalecer a EPS, através da articulação entre ensino, serviço e comunidade (CORDEIRO, 2000).

Segundo Corbo, Morosini e Pontes (2007), fundamentado na portaria 648, as equipes de saúde da família devem receber em até três meses de sua implantação, uma capacitação para toda a equipe por meio de um curso introdutório. No caso dos municípios com mais de 100 mil habitantes, a responsabilidade em prover esse curso é da SMS. A carga horária mínima é de 40hs. Para estes autores, esta determinação está concentrada no nível superior.

Nesse sentido e em consonância com essas habilidades, o município de Fortaleza tem se esforçado para capacitar esses profissionais a exercer suas competências neste novo modelo de atenção. Como exemplo disto, temos a realização do curso de imersão em saúde da família que corresponde ao introdutório, realizado em agosto de 2006, por ocasião da chegada dos 850 novos profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas), com uma carga horária de 80hs (FORTALEZA, 2006b). Ao longo desses dois anos e meio, vários outros cursos foram ofertados, entretanto, poucos foram voltados para os trabalhadores de nível médio.

Foi colocada também a dificuldade dos profissionais em serem liberados para participar desses cursos quando a carga horária é um pouco mais extensa, ou seja, igual ou superior a 40h. Esse entrave pode ser atribuído à visão ainda restrita dos coordenadores locais de que a ausência do profissional, ainda que temporária, vai prejudicar o serviço. Não se

procura pensar muito a médio e longo prazo na satisfação do profissional e do usuário, na motivação profissional, na qualificação e na qualidade desse serviço. Muitos desses coordenadores locais têm uma percepção puramente clínica, em que tudo que foge de um atendimento formalizado, sejam palestras, grupos ou cursos, não é o mais importante para o serviço.

Algumas falas evidenciam também a dificuldade dos antigos profissionais da rede em participarem de cursos oferecidos pela gestão, principalmente os que têm maior relação com as práticas do PSF, assim como a oferta de capacitação para os TS de nível médio, como apontam os depoimentos abaixo:

“Existe.. Sempre tem.. mas nível médio eu não tenho visto não, mas nível superior tem.. e o nível superior, o outro profissional de 20h, não vai porque não quer mas são convidados, quem vai sempre termina sendo o PSF (...) todos já tem mais de 20 anos de prefeitura aí já tem mil e um empregos e tem consultório não tem disponibilidade de tempo já o PSF não o PSF são as 40h aqui estão começando a grande maioria é todo mundo novinho... todo mundo aqui tem 25 anos de formado aqui pelo menos não querem mais mas não é culpa da gestão não é porque a pessoa mesmo que não quer” (ENT 8, DENTISTA, GRUPO COORD)

“E é assim claro, especialização foi ofertada pra todo mundo, mas nem todo mundo tinha interesse em fazer por vários motivos, eu por que já tinha (...) os médicos porque realmente não se interessaram em fazer” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

“Eu vejo assim que alguns cursos foram oferecidos para todos, a capacitação sobre dengue, nem todos se colocaram a disposição pra ir, aí quando você chega no curso só tem PSF, o PSF se fazendo mais presente” (ENT 6, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

Evidenciou-se ainda, na maioria dos discursos, a lacuna deixada na educação permanente quando se refere aos profissionais de nível superior antigos da rede (médicos, enfermeiros, dentistas, etc.) e os trabalhadores de saúde de nível médio (auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, etc.).

No primeiro grupo, apreendi das falas que os cursos são ofertados para os profissionais de nível superior, independente de ser do PSF ou não, embora em alguns casos sejam mais voltados para a atuação destes. Entretanto, mesmo quando da oferta, destaca-se o desinteresse e a falta de envolvimento por parte dos profissionais antigos, tendo sido atribuídos como motivos o tempo de formado e a multiplicidade de empregos que acabam sendo prioridade e comprometendo o tempo dedicado para uma possível atualização. Se a educação permanente é a força motriz para que se mude o perfil dos profissionais para atuar

nesse novo modelo, que perspectivas teremos se apenas os TS do PSF estão sendo preparados nesse aspecto?

No segundo grupo, os discursos apontam para o pouco ou quase nenhum investimento na qualificação desses trabalhadores se comparado aos de nível superior, especialmente médico e enfermeiro. Quando existem, estão mais voltados para os ACS. No que diz respeito a qualificação destes, Corbo, Morosini e Pontes (2007), reconhecem que houve uma evolução neste sentido, já que foi implantado em julho de 2004 o Curso Técnico de ACS, considerado como importante mudança nesse processo. O curso é composto de três módulos, entretanto, apenas o primeiro módulo dessa formação tem sido realizado.

Pouco se tem investido em qualificação para o nível médio (incluindo também o nível elementar). Ressaltamos que esse grupo tem uma parcela importantíssima nas contribuições em toda a dinâmica de trabalho em uma unidade de saúde. Em muitos aspectos, esses sujeitos não tem visibilidade, tal como ocorre em relação à Educação Permanente. São os “esquecidos” e “invisíveis”. Quem está se importando com a qualificação desses trabalhadores neste momento? O agravante maior encontra-se na categoria “auxiliares de enfermagem”, que dedicam muitas horas de trabalho nas unidades, com uma sobrecarga imensa de atribuições e são os que menos tem oportunidades de se capacitarem. Há relatos de auxiliares que estão há 20 anos naquele serviço sem uma capacitação. Para Corbo, Morosini e Pontes (2007), é preocupante a situação dos auxiliares de enfermagem, já que estes atuam, na maioria das vezes, de forma inespecífica, muitas vezes reproduzindo as velhas práticas, pautadas apenas em procedimentos. Ou seja, o saúde da família tem um papel fundamental e não se exime da dívida que possui com relação a formação desses trabalhadores.

Em 1996 já havia uma preocupação em expandir a educação permanente para os outros integrantes da equipe, e não apenas para o profissional médico e enfermeiro (BRASIL, 1996a). Mas esse ainda é um grande desafio. Hoje, 12 anos depois, não se conseguiu ter muitos avanços com relação a qualificação do pessoal de nível médio, sobretudo, os auxiliares de enfermagem das equipes de saúde da família. Se o trabalho é (ou pelo menos deveria ser) desenvolvido em equipe, é necessário que todos estejam sintonizados e preparados para atuar nesse novo modelo assistencial.

Trata-se da necessidade de desconstruir a mesma lógica da pirâmide de assistência, não só nas práticas mas também no ensino. Ou seja, não se pode atribuir maior importância e complexidade aos “níveis superiores”, pois todos os trabalhadores são sujeitos estratégicos no processo de mudança da ABS (CORBO, MOROSINI e PONTES, 2007).

Entretanto, uma das entrevistadas divergiu no que diz respeito à oferta de cursos para a categoria nível médio, como aponta a fala abaixo:

“Existe mas tem uma grande resistência deles (nível médio) irem. E a Prefeitura Municipal de Fortaleza junto com o PCC, que é o plano de cargos e carreiras, que a prefeita implantou existe essa necessidade desses cursos junto à remuneração, que tem valor remunerático agora, que ela botou. Então, é importante é...Para incentivar, um incentivo a mais... que tem, agora sim, ah eu não vou para isso, ah eu não vou para aquilo, agente tenta sabe, por que ser humano é assim mesmo...” (ENT 7, PSICOLOGA, GRUPO COORD)

Para essa entrevistada, existe a oferta também para os trabalhadores de saúde de nível médio, porém eles não têm demonstrado interesse, ao contrário, têm apresentado certa resistência a essas capacitações. Outro aspecto que emergiu na sua fala foi a importância apenas do ponto de vista de agregar algum valor numérico ao salário. Em nenhum momento se colocou a melhoria do serviço ou a questão da aprendizagem e da motivação entre esses TS.

Outra divergência encontrada foi na oferta de cursos para profissionais de nível superior, como podemos observar no discurso abaixo:

“É, essa é uma queixa que eu tenho, realmente não tem muito não, eventualmente a gente tem um curso assim de um dia, teve um curso sobre tuberculose, mas foi só um dia (...) teve um curso sobre depressão, mas acho que foram os únicos que eu fui desde que eu entrei aqui, por exemplo as coisas mais comuns hipertensão, diabetes, uma atualização, então é o que a gente vê muito aqui, hipertensão e diabetes, como ninguém é especialista, a gente trabalha como generalista, era bom que a gente tivesse esses cursos dessas coisas, mais como tuberculose, hanseníase, pré-natal, a gente poderia fazer cursos e até agora realmente fez pouquíssimos, isso é uma queixa que eu realmente tenho da regional e não sei se não é repassado pra gente, mas pelo menos tive oportunidade de ir a poucos até agora “(ENT 5, MÉDICO, GRUPO TS)

Esse entrevistado, que é médico de uma das equipes de PSF, coloca que teve poucas oportunidades de realizar cursos e reforça a importância de fazê-los já que atuam como generalistas e não especialistas. Os cursos são periodicamente ofertados, de acordo com as necessidades, segundo os relatórios de gestão 2005/006. Entretanto, não se sabe se ele não realizou porque não foi ofertado para a sua unidade ou se teve, mas não foi a ele disponibilizado até pela necessidade e visão restrita de que o médico tem que estar vinculado ao consultório e ao atendimento clínico.

E uma terceira divergência, quando do impacto e mudanças que os cursos deveriam proporcionar, conforme se apresenta no relato abaixo:

“Aquele história do humaniza SUS, que eu não sei pra que servia, que até a coordenadora fez, e eu não vi nada, até hoje, não vi, eu acho que fizeram por que a prefeitura obrigou, por que entrar uma coisa na cabeça deles, não entrou não, de nenhuma delas, e parece que todo mundo fez, eu acho que foi, era obrigado todos os funcionários a fazerem esse curso do humaniza SUS” (ENT 3, DENTISTA, GRUPO TS)

Nesse discurso, a participante argumenta que na sua concepção os cursos ainda não foram capazes de produzir mudanças, como se tem buscado. Ela cita o exemplo do humaniza SUS, que no caso específico da unidade dela, não tornou as pessoas, nem o ambiente, humanizados. Destacamos que esta unidade é extremamente conflituosa, do ponto de vista da relação entre trabalhadores de saúde e coordenação e que implica toda uma contextualização e uma interpretação diferente, que não anula nem diminui a importância e os avanços que os cursos tiveram ao longo desses quase quatro anos.

Isso pode ser evidenciado num depoimento que se apresenta como complementar às falas dos sujeitos entrevistados, no sentido de haver uma preocupação nessa gestão de priorizar os cursos com temas que buscassem fortalecer a atenção básica, através do PSF, como sinaliza a fala abaixo:

“Só começou a existir depois que chegou o secretário do município de saúde, o Doutor Odorico, depois que ele chegou começaram os cursos voltados para o programa de saúde da estratégia de saúde da família, antes não tinha não” (ENT 9, ENFERMEIRA, GRUPO COORD)

Reconhece-se, portanto, a priorização da educação permanente como eixo estruturante, dado o esforço na realização de todas as parcerias e iniciativas aqui mencionadas, coerentes com a proposta de reversão do modelo assistencial, através da reorganização da atenção básica por meio do PSF. Mas é necessário, também, destacar os limites e as dificuldades encontradas nesta trajetória. Além das já abordadas como: pouca oferta de cursos para profissionais de nível médio, pouco ou nenhum envolvimento dos profissionais de saúde antigos de nível superior em participar de forma efetiva desses cursos, podemos pensar ainda nas questões que envolvem a qualidade dessas iniciativas e o impacto que elas têm causado no processo de trabalho.

Algumas questões são levantadas: todos os profissionais têm a mesma oportunidade de participar? Existe o compromisso do profissional que participou do curso em repassar na unidade através da roda de gestão que também deve se constituir num espaço pedagógico? Esses cursos têm utilizado metodologias participativas? Tem havido a

preocupação de articular os aspectos teóricos com as práticas vivenciadas nos cotidianos das equipes de saúde da família?

Outro aspecto que quero colocar é que na minha concepção de pesquisadora e enfermeira de uma equipe de saúde da família, e nas minhas muitas andanças por esses municípios cearenses afora, percebi que o perfil do profissional vai muito além da formação recebida, seja na graduação ou na pós-graduação. Segundo Brasil (1996a), os resultados que muitas equipes conquistaram com a implantação das equipes de PSF se deve muito mais ao seu perfil pessoal aos princípios do programa, do que propriamente a formação recebida. Daí a necessidade de viabilizar e fortalecer a educação continuada desses profissionais, já que não podemos ter a ilusão de sustentar o PSF apenas com seus entusiastas.

Claro que esse quadro se complexifica quando se tem que retomar princípios que poderiam ser bem trabalhados desde a vida acadêmica, mas que sobretudo o perfil do sanitarista está no campo das relações da sua formação pessoal, das suas experiências de vida, da sua visão de mundo. E isso não se ensina, se aprende, se incorpora, se transforma.

A prova maior disso é que existem profissionais na rede de saúde do município de Fortaleza, concursados, remuneração razoável e em dia, com oportunidades de se aperfeiçoar, e ainda assim, não conseguem ter uma postura de um verdadeiro profissional de saúde da família. E que postura seria essa? Sujeitos comprometidos com a ética, com os usuários, com a subjetividade humana, com o conceito ampliado de saúde, movidos pelo prazer de trabalhar com as pessoas, com a comunidade, de mostrar pra elas o quanto são responsáveis pela sua saúde, cuidar de gente!!!

A capacitação dos profissionais de saúde é de suma importância, tendo em vista que alguns desses, principalmente o médico e o enfermeiro, têm uma formação muito técnica e clínica, que não condiz com as práticas inseridas nessa estratégia e que impossibilita, pela falta de conhecimento e habilidades, o desempenho de suas novas funções. Trazer este novo olhar significa entender que essa é uma condição indispensável para a atuação destes profissionais que são atores-chaves na mudança gradativa desse modelo e que para isso precisa ter uma visão ampliada (CEARÁ, 1995).

A necessidade de se qualificar os trabalhadores de saúde das equipes de PSF, não centrado apenas no médico e no enfermeiro, é evidenciada na fala abaixo:

“Eu acho que não tinha que ter só um humaniza SUS não, tinha que ter um aperfeiçoamento pra tudinho, pegar esse pessoal e reciclar, reciclar mesmo, tipo o que vão fazer um curso de PSF pros agentes de saúde. Não estão programando um curso pra

capacitar eles? Não vão ser vários anos? Dois anos se eu não me engano. Era pra ser feito pra todo mundo, era pra ser feito, pegar esse pessoal antigo e botar tudinho pra fazer, não dá pra conversar, não está no mesmo pé, o pensamento” (ENT.3, DENTISTA, GRUPO TS)

É interessante refletir que a capacitação dos profissionais não deve se voltar apenas ao médico ou ao enfermeiro, como muitas pesquisas têm focado, mas em todos os atores responsáveis por essa mudança. O dentista, por exemplo, que normalmente trabalha isolado, também tem uma formação muito clínica, restrita ao consultório, com uma história elitizada de atendimento, com utilização de ferramentas e equipamentos, com pouca interação com o usuário. Será que este profissional está apto a exercer suas funções neste contexto mais amplo? Será que está apto a trabalhar em uma equipe? E o auxiliar de enfermagem, tem sido sensibilizado para esta nova função, quando na maioria das vezes seu trabalho diário se restringe a procedimentos? Como fazê-lo voltar-se para a família?

Esta deficiência na formação do auxiliar de enfermagem pode ser melhor demonstrada através do seguinte depoimento:

“A gente tem uma certa dificuldade com as auxiliares de enfermagem no sentido de realizar algumas ações, por que nós temos uma auxiliar que é no papel mas na realidade ela desempenha outras funções, às vezes encontra uma certa resistência delas saírem com a gente, “ah por que eu não sou do PSF, eu estou indo pra isso quem devia estar indo é fulano não eu”, mas elas vão, não de muita boa vontade mas vão” (ENT 1, ENFERMEIRA, GRUPO TS)

O discurso expressa a dificuldade, por exemplo, dos auxiliares de enfermagem em desenvolver ações inerentes ao processo de trabalho da estratégia saúde da família, em função do próprio despreparo técnico e do desconhecimento de suas atribuições enquanto membro da equipe, suscitando a importância de capacitações que envolvam também estes trabalhadores de saúde. Sobre a categoria auxiliar de enfermagem, Sousa (2002b) coloca que na sua própria formação ele é estimulado a aprender e aplicar conhecimentos e técnicas voltadas para a área hospitalar. Neste sentido, é natural que haja certa resistência ao exercício de práticas voltadas para o coletivo.

A maioria dos treinamentos, em Fortaleza, são voltados para o médico e o enfermeiro e quando são oferecidos para o dentista, ocorre de forma separada e descontextualizada, contribuindo para o olhar mais técnico e o trabalho isolado. É preciso repensar treinamentos que envolvam, pelo menos em alguns momentos, esses profissionais, até para que eles possam se sentir parte da equipe.

Seja qual for o modelo adotado, se faz necessário qualificar os profissionais que são fortemente influenciados em toda a sua vida acadêmica, principalmente, na formação médica. Já em 1998, se falava nisso. Dez anos depois, percebemos que muitas mudanças ocorreram nas próprias universidades através da transformação dos seus currículos, instigados pela discussão e pela exigência do SUS, pressão necessária para que esse movimento acontecesse.

Entendendo que para que o perfil do profissional que temos hoje na rede de atenção básica se constitua numa importante ferramenta na mudança das práticas e transformação do modelo, é necessário, como muito bem coloca Sousa (2002b), um diálogo permanente entre as instituições de ensino, responsáveis pela formação desses trabalhadores, e os serviços de saúde. Complementando esse pensamento, acreditamos que deve haver, ainda, canais que viabilizem a inclusão dos trabalhadores de saúde de nível médio e dos especialistas dentro da perspectiva do PSF.

Entretanto, Cordeiro (2000) enfatiza que a formação desses profissionais não deve se constituir em verdadeiras “camisas de força”, mas sim, em caminhos para uma prática voltada para o cuidado na perspectiva integral, que envolva ações inter e transdisciplinares e que tenha como base o respeito ao direito dos usuários e suas famílias. Ou seja, mais do que um desafio, uma missão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUMAS REFLEXÕES

“De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estamos sempre começando, a certeza de que precisamos continuar e a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar. Portanto, devemos fazer da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma escola, do sonho, uma ponte e da procura, um encontro”.

Fernando Pessoa

Pretendíamos, nesse estudo, investigar o processo de implantação do Programa de Saúde da Família em Fortaleza, motivados tanto pela percepção da dificuldade em fazer funcionar essa estratégia numa grande metrópole como também pela recente ampliação das equipes na segunda metade de 2006. Com a realização do concurso público em 2006, as equipes foram praticamente renovadas por inteiro, de forma que não se constituiu uma simples ampliação.

A dificuldade em concretizar esta pesquisa partiu não apenas do ponto de vista acadêmico-metodológico, mas da própria inserção da pesquisadora na luta cotidiana de contribuir para que o PSF realmente se efetive enquanto estratégia, ao mesmo tempo em que se assumia a condição de exercer um olhar investigativo, o menos parcial possível e que para isso, precisava se distanciar do seu objeto.

Um dos aspectos centrais que este estudo apontou foi a coexistência de dois modelos de atenção à saúde, o tradicional e o do PSF, convivendo num mesmo espaço físico. Este processo se deu de forma mais intensa em 2006, quando as equipes foram ampliadas, após concurso público, e quando os Centros de Saúde foram transformados em Centros de Saúde da Família, para assim abrigar as 304 equipes, que não dispunham de unidades específicas de PSF.

Além dessa duplicidade de modelos, os funcionários antigos não foram previamente preparados para receber as novas equipes do PSF, ou seja, não houve uma preparação efetiva da rede por parte da gestão, tendo ocorrido apenas de forma pontual, focalizada e, portanto, insuficiente. Quando falamos em preparação, referimo-nos à orientação necessária sobre o que significa o PSF enquanto estratégia de reorganização da atenção primária, seus princípios e diretrizes e de como seria o trabalho das equipes.

Como consequência dessa lacuna, a chegada das equipes do PSF ocasionou nos funcionários antigos uma série de expectativas negativas, tais como: medo de transferências, de demissões, de perda de espaços, das diferenças salariais. Assim, as equipes do PSF enfrentaram resistências e conflitos, devido à não adesão inicial à estratégia por parte daqueles funcionários.

Os dois modelos a que nos referimos constituem-se em uma lógica diferenciada de se processar o trabalho em saúde, já que as práticas dos trabalhadores de saúde do PSF estão voltadas para o coletivo, com delimitação de território e responsabilidade sanitária sobre um determinado número de famílias, devendo atuar dentro e fora das unidades, com ações

curativas, de promoção da saúde e prevenção de doenças. O estudo mostrou que, em Fortaleza, o modelo de atenção do PSF foi melhor compreendido pelos trabalhadores de saúde do PSF, enquanto os coordenadores mostraram-se presos aos conceitos do modelo tradicional e às práticas eminentemente assistencialistas. Alguns não conseguiram identificar as diferenças entre os dois modelos.

Outro aspecto importante diz respeito aos princípios organizativos do PSF preconizados pelo MS. Observamos, com esta pesquisa, que as práticas e o modelo de atenção em Fortaleza ainda não são substitutivos, embora haja um esforço nesse sentido. As ações ainda estão pautadas nas práticas tradicionais, na medicina curativa e no atendimento da demanda espontânea.

O princípio da territorialização e adscrição da clientela não são efetivamente praticados no cotidiano das equipes devido à grande demanda da área de abrangência das unidades e um número desproporcional de equipes, o que impossibilita o atendimento e a responsabilidade apenas do território previamente delimitado por equipe, além de dificultar o fortalecimento do vínculo.

Uma outra dificuldade diz respeito à existência de equipes incompletas e, mais do que isso, o número insuficiente de equipes para a população adscrita às unidades em estudo, não atendendo, assim, às diretrizes do programa e nem oferecendo, o que é mais importante, um atendimento de qualidade. As equipes ainda apresentam-se incompletas, principalmente pelo número insuficiente de médicos e ACS, e os auxiliares de enfermagem, que foram reaproveitados das unidades e incorporados ao PSF, continuam exercendo suas atividades, nem sempre vinculadas às suas equipes, dificultando o trabalho interdisciplinar.

A relação entre os membros das equipes, na maioria das vezes, foi considerada boa. Apenas alguns consideraram não haver trabalho em equipe, pela falta de perfil de determinado membro da equipe, para atuar em PSF. A relação com os coordenadores, em alguns momentos, foi apontada como conflituosa, por atuar de forma contrária a lógica do saúde da família.

Com relação à infra-estrutura das unidades, algumas delas foram consideradas precárias, caracterizando-se um ambiente inadequado tanto para os trabalhadores quanto para os usuários e comprometendo as ações que precisam ser desenvolvidas pelas equipes. Muitas unidades, por exemplo, não possuem consultórios suficientes, nem salas para a realização de grupos. Percebemos, ainda, dificuldades por parte dos trabalhadores de saúde em realizar

ações de promoção e prevenção, pois a cultura das unidades ainda está muito voltada para o pronto-atendimento.

Frente a essas dificuldades, a maioria dos entrevistados demonstrou sentimentos de esperança, otimismo e confiança, expressados através de expectativas positivas de um efetivo funcionamento na prática do programa, da construção de novas unidades, da contratação de mais equipes, do cumprimento da adscrição, da realização das ações de promoção e prevenção. Enfim, sentimentos que convergem para a consolidação do PSF enquanto modelo, embora alguns tenham demonstrado suas angústias, reflexões e medo de que o PSF realmente não venha a se consolidar em Fortaleza.

Algumas questões extremamente necessárias à mudança de modelos tais como a concepção sobre o processo saúde-doença e a efetivação da educação permanente, estiveram em evidência nesta pesquisa. Apesar de as práticas não apontarem, na grande maioria das vezes, para a mudança do modelo, embora se tenha ampliado o PSF, o discurso dos sujeitos sinalizava para um conceito ampliado de saúde-doença, tanto por parte dos trabalhadores de saúde do PSF, como dos coordenadores.

O estudo demonstrou que existe a preocupação e o esforço por parte da gestão em capacitar os trabalhadores de saúde do PSF, entendendo a educação permanente como ponto importante para mudança das práticas, do perfil dos trabalhadores e, com isso, do modelo atenção. Nesse sentido, foram tomadas algumas iniciativas importantes, tais como: realização de curso de imersão em saúde da família, equivalente ao introdutório; residência de medicina de família e comunidade; especialização em saúde da família; e cursos de formação em áreas específicas, com o objetivo de atualizar os profissionais para atuar na rede básica.

Entretanto, a educação permanente apresentou algumas falhas na sua execução. Em primeiro lugar, o esforço da gestão esbarrou na falta de sintonia com as coordenações locais, tendo em vista que alguns profissionais tiveram dificuldades em conseguir liberação para participar desses cursos. Além disso, os trabalhadores de nível médio, principalmente os auxiliares de enfermagem, não foram contemplados. Houve, também, pouca adesão por parte dos profissionais de saúde antigos da rede.

O estudo proporcionou ainda identificar aspectos positivos no processo de organização da implantação do PSF em Fortaleza, destacando como elementos fortalecedores dessa estratégia: a realização do concurso público para 850 profissionais de nível superior, entre médicos, enfermeiros e dentistas, a realização da seleção pública para os ACS e Agentes

Sanitaristas, melhorando a qualidade do vínculo empregatício; a ampliação de 102 para 304 equipes de PSF; a criação do Sistema Municipal de Saúde Escola; a implantação da Política Nacional de Humanização e o Acolhimento com Classificação de Risco, a decisão política de implantar uma gestão participativa com a realização das rodas de gestão em todos os níveis, dentre outras iniciativas importantes que caminham para a mudança de modelo.

A partir das reflexões geradas por esse estudo, trazemos as seguintes recomendações:

- A necessidade de se trabalhar de forma contínua e permanente com os conceitos elementares trazidos pelo PSF, enquanto estratégia, através de discussões nas rodas de gestão, subsidiados por textos e outros instrumentos que possam sedimentar esse conhecimento, que deve ser sensibilizado a todos os trabalhadores de saúde e usuários e não só os do PSF;
- A inserção de seminários locais na agenda de compromissos da gestão, que seriam organizados por SER e centrais, que seriam do município, para discutir sobre questões ligadas ao PSF, bem como para realizar troca de experiências exitosas, que aconteceriam semestralmente ou pelo menos, anualmente;
- A organização de um curso de capacitação para atuar no PSF, voltado para auxiliares de enfermagem, sendo realizado em serviço ou não;
- Uma gratificação por titulação acadêmica diferenciada dos outros tipos de especializações, para aqueles profissionais da atenção básica que realizassem especialização em saúde da família, com fins de estimular à busca por conhecimentos novos;
- A construção de uma política de avaliação municipal permanente da atenção básica, já que ficou claro que apenas o aumento do quantitativo de equipes não é suficiente para garantir mudança de modelo;
- A contratação de gerentes locais (coordenadores dos CSF) preparados e comprometidos para atuar com a nova lógica assistencial, que vá ao encontro do modelo do PSF, desde que os requisitos para a nomeação sejam eminentemente técnicos, de forma a observar o compromisso com os

princípios do SUS. O ideal seria que os próprios profissionais do PSF assumissem a função de coordenadores por determinado período, mediante incentivo financeiro, sob esquema de revezamento;

- Criar sistemas de avaliação de desempenho de forma a reconhecer e incentivar os trabalhadores e unidades que demonstrem dedicação e resultados;
- A substituição dos incentivos aos profissionais de 20h, que recebem por produtividade, por incentivos atrelados aos PSF;
- A pactuação com os especialistas e profissionais com carga horária de 20h, para prestar atendimento à população mediante base territorial. A sugestão é que os profissionais de 20h atendam a população de áreas descobertas pelo PSF;
- Aproveitar e valorizar o potencial de recursos humanos da rede que possui qualificação técnica como mestrado e doutorado, para ministrar atividades de capacitação em serviço, aulas nas especializações, atividades de preceptoria, dentre outros.

Não pretendemos com esse estudo propor um modelo de PSF ideal, pois temos clareza de que a construção dos modelos de atenção à saúde constitui um processo inacabado, dinâmico e permanente, considerando-se as particularidades de cada realidade, que, a partir de seu território e de suas especificidades, irá construir o “seu PSF”, sem perder de vista os seus princípios organizativos.

Como forma de preencher as lacunas deste estudo, recomendamos a realização de novas pesquisas, no sentido de avaliar a satisfação do usuário do PSF; investigar de forma mais aprofundada a integralidade na atenção primária, ressaltando as relações entre os vários níveis de atenção; compreender o papel da formação dos trabalhadores na mudança do modelo de atenção à saúde, dentre outros.

Esperamos que este estudo possa subsidiar novas formas de gestão e de intervenção em saúde de forma a potencializar a efetivação do PSF no município de Fortaleza-CE. Acreditamos, também, que essa pesquisa traz uma importante contribuição a respeito das dificuldades e possibilidades no que se refere à implementação e consolidação do

PSF em grandes metrópoles brasileiras. Por fim, desejamos que essas reflexões conduzam a novos caminhos, novas práxis e principalmente, novos sujeitos, capazes de transformar a si mesmos e a realidade em que estão inseridos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F.M.O. **O programa de saúde da família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: expressão gráfica e editora Ltda., 1998. 220p.

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.S. et al (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007. p. 783-836.

ASSIS, M. M. A. **A municipalização da Saúde**: intenção ou realidade – análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998. 191p.

ALMEIDA, M.I. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família. **Revista Acta Scientiarum**. Health Sciences, Maringá, v.25, n.2, p.227-235, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; LOIOLA, F.; PAULA, J. B; MIRANDA, A. S.; GOYA, N. Educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza, Ceará, Brasil. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, n.34, Rio de Janeiro, jun. 2006.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A. M. D.(Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a. p. 25-50

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. . In: FONSECA, A.F.; CORBO, A. M. D.(Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p. 51-86

BRASIL. **Constituição 1988**. República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988, p.133-4: seção II – Da saúde.

BRASIL. Lei no. 8080. de 19 de setembro de 1990. dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990, p.18.055-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: construindo um novo modelo - os municípios já têm histórias para contar. **Cadernos de Saúde da Família**. Brasília, v.1, n.1, jan./jun. 1996a. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde da comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 67p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ª. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2005. 210p.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Brasília, 2008]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 16 dezembro 2008.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, jan/jun. 2000.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.12, n.1, p. 11-21, 2002.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T; OLIVEIRA, V.B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 47-58, 2002.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. 175p.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Saúde da família: um novo modelo de atenção**. Fortaleza, 1995.

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

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113 a 126.

CHAVES, C. (Coord.). **Avaliação do sistema de saúde do Murialdo**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, 1983. 225p.

COELHO, M.O. **Humanização das ações de saúde na atenção básica de Fortaleza-CE: caminhos e descaminhos.** Fortaleza, 2006. 120f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará.

COELHO, I.B. **Modelos Assistenciais em Saúde.** [S.l., 2008?] Disponível em <www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/smse/textos/26-02-2006/modelosassistenciaisemsaude.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2008.

CORBO, A.A.; MOROSINI, M.V.G.C; PONTES, A.M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A.A. (Org.) **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p.69-106.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. **Divulgação em saúde para debate**, n.21, p. 36-43, 2000.

FAUSTO, M.C.R. e MATTA, G.C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A.A. (Org.) **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 59-75, 2002.

FMSN. Fundação Municipal de Saúde de Niterói – **Implantação do médico de família em Niterói:** relatório de experiência. Niterói: Prefeitura Municipal, 1992. 23p.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Proposta para implantação do Programa de Saúde da Família.** Fortaleza, 1997. 19p.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005:** saúde, qualidade de vida e ética do cuidado. Fortaleza, 2005. 329p.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006:** saúde, qualidade de vida e ética do cuidado. Fortaleza, 2006a. 329p.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006-2009/**Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2006b.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **História da Cidade.** Imprensa Municipal, 2007.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** 2ª. ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 80p.

FRANCO,T & MERHY, E.E. PSF: contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde On-line.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>>. Acesso em 16 dez. 2007.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1171-1181, jun. 2002.

GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Fortaleza, 1996. 170 p.

IBGE. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção da saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro. Editora Vieira & Lent, 2004. 166p.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado BRASIL. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família: construindo um novo modelo - os municípios já têm histórias para contar. **Cadernos de Saúde da Família**. Brasília. v1. n.1. Jan-Jun. p.5-12. 1996.

MACHADO, M.H. (Coord). O perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil. Brasil: Ministério da Saúde, 2000.

MACHADO, M.H. Programa Saúde da Família no Brasil - algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M.F. Org. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: SOUSA, M.F. (Org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p.135-151.

MENDES, E.V. **O consenso do discurso e o dissenso da prática social**: notas sobre a municipalização no Brasil. [s.l.: s. n.] maio 1991. 11 p.

MENDES, E.V.M. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: _____.(Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.159-185.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a. 92p.

MENDES, E.V. **Serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre este sistema complexo. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

MERHY, E.E; CECILIO, L.C.O; NOGUEIRA, F.R. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.33, p.83-89, 1991.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MERHY, E.E, ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 385p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994a. 269 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Diagnóstico da situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do sistema único de saúde na macrorregião do Cariri / Ceará**. Relatório final. Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev.Esc.Enf.USP**,v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000

OLIVEIRA, L.C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no Nordeste brasileiro**. Rio de Janeiro, 2006. 259f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V (Org). **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2ª.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995. p.187-220.

PAIM, J.S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J.S (Org.) **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudos e Projetos em Saúde, 2002. p.367-381

PAIM, J.S. Modelo de atenção e vigilância da saúde. In: PAIM, J.S. ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 153p.

PAIM, J.S. Modelo de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al(Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

POLIGNANO, M.V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil**. 2005. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 08 setembro 2007.

ROCHA, D; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **ALEA**, v.7, n.2, p. 305-322, jul/dez. 2005.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, v.2, p.15-25, 1999

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec. 2006. 143p.

SILVA JUNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini, M.V.G.C; CORBO, A.A. (Org.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p.27-41.

SILVA, A. C. **Viva Criança**: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1999. 272 p.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará**: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. São Paulo, 2003. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo.

SOBRINHO, E.J.M.A; CHIESA, A.M.; SOUSA, M.F. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: SOUSA, M.F. (Org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p.37-44.

SOBRINHO, E.J.M.A; SOUSA, M.F. A tarefa: apagar os sinais vermelhos do PSF. In: SOUSA, M.F. (Org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 155-170.

SOUSA, M.F. Capital humano no PSF: revendo o passado e imaginando o futuro. In: _____ (Org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002a. p. 105-114.

SOUSA, M.F. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: _____. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002b. p. 23-33.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/MS, 2002. 725p.

STOTZ, E.N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C.F. Políticas de saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.35, p. 4-10, 1992.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção a saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Revista Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.27. n.65. p. 257-277, set/dez. 2003.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. In: **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1985.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, pp. 221-235.

VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre saúde da família. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 155-172.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.S. et al. Org. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007. p. 531-562.

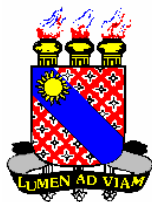
VIANA, A. V.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, A.L.D; FAUSTO, M.C.R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A.L.D; ELIAS, P.E.M; IBÁÑEZ, N. (Org.). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 150-167.

VIANA, G.R.O. **Avaliação histórica da mortalidade infantil nos municípios contemplados pelo PITS/CE**: impacto no índice após a implantação das equipes. Fortaleza, 2003. 70f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Escola de Saúde Pública do Ceará.

VICTORA, C. G. KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 200. 136p.

VIEIRA, M.J.L.D. **Novo modelo de assistência à saúde**: trajetória da implantação do Programa Saúde da Família no município de Fortaleza. Fortaleza, 2001. 51f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

Projeto de Pesquisa: A Organização da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-CE: do processo de implantação ao contexto atual

Autora: Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Conde de Oliveira

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

GRUPO A e B – TRABALHADOR DE SAÚDE DO PSF/COORDENADOR

Data da entrevista: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

1.1. Sexo: Masculino Feminino

1. 2. Idade (em anos): _____

1. 3. Formação: _____

1. 4. Pós-Graduação: Especialista Residência Mestre Doutor

Especificar a área de formação, quando houver _____

1. 5. Tempo de formação em anos completos: _____

Instituição formadora: UFC UECE UNIFOR Não se aplica

Outras. Especificar _____

1. 6. Local de Trabalho: _____

1. 7. Função/ Cargo: _____

1.8. Tempo de experiência em PSF (anos) _____

1.9. Em quantos municípios você já trabalhou como membro de uma equipe de PSF?
(excluindo o atual) _____

1.10.. Há quanto tempo trabalha na sua equipe atual? _____ anos não se aplica

1.11. Possui vínculo empregatício? Sim Não. Em caso afirmativo, qual? _____

1.12. Qual a sua carga horária semanal de trabalho? _____

CASO SEJA ACS, RESPONDER AS PERGUNTAS ABAIXO:

1.13. Desde que ano você trabalha como ACS? _____

1.14. Mora na comunidade onde trabalha? () sim () não

1.15. Caso tenha trabalhado com o PACS, quando integrou o PSF? _____

2. DADOS DA EQUIPE

2.1. Quantas equipes de PSF existe nesta Unidade? _____

2.2. Composição da (s) equipe (s) (especificar a quantidade ao lado):

() Médico () Enfermeiro () Dentista () Auxiliar de Enfermagem () Agente
Comunitário de Saúde () Auxiliar de Consultório Dentário ()

Outros (especificar) (): _____

2.3. Número de famílias/equipe: _____

2.4. Sua área adscrita (para trabalhadores de saúde do PSF) ou área de abrangência das
equipes (para coordenadores) é classificada em qual tipo de risco?

() Risco 1 () Risco 2 () Risco 3 () Risco 4

2.5. Esta área já possuía equipe de PSF? () sim () não

- 2.6. Quando foi implantada a primeira equipe? (ano) _____
- 2.7. Foi realizada a territorialização? () sim () não Se sim, quando? ____
- 2.8. Os profissionais da equipe participaram do processo? () sim () não
Se sim, quais? _____

Questões norteadoras sobre o processo de implantação do PSF em Fortaleza-CE

3. Processo de Organização da Implantação da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza
- 3.1. Estrutura Organizacional: missão da instituição, modelo de atenção.
- 3.2. Dinâmica de Funcionamento: concepção sobre saúde-doença, processo de trabalho (autonomia, saberes e práticas, normas), relação com a equipe (reuniões, planejamento e gestão, avaliação, ações interdisciplinares, relações com outros profissionais da unidade, relações com a coordenação).
- 3.3. Recursos Humanos: quantidade (cobertura), qualidade (educação permanente: capacitação em PSF, contribuições, periodicidade), perfil (generalista, especialista).
- 3.4. Insumos: material, medicamentos, transporte, prontuário familiar, equipamentos, tecnologia dura.
- 3.5. Financeiro: federal, estadual e municipal.
- 3.6. Processo de Trabalho: práticas realizadas pelas equipes e como está se dando sua operacionalização no contexto local
- 3.7. Diferenças entre o modelo tradicional e o PSF
- 3.8. Facilidades e Dificuldades
- 3.9. Limites, avanços e perspectivas.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “**A ORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA-CE: DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO AO CONTEXTO ATUAL**”, de autoria da mestrande Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo, cujo objetivo é analisar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-CE, tendo como recorte histórico o período de 1997-2008.

A sua participação será dada através de entrevistas, após os devidos esclarecimentos acerca da justificativa, objetivos e procedimentos metodológicos pela pesquisadora, garantindo sigilo e anonimato nos dados confidenciais que venham a ser relatados no decorrer da entrevista.

É necessário esclarecer que: 1. a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. que você não ficará exposto a nenhum risco ou problema; 3. a identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 4. que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você; 5. será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 6. somente depois de ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento.

Desta forma, acreditamos que você possa estar contribuindo para o avanço do conhecimento técnico-científico na área de Saúde Coletiva e mais especificamente nos avanços para consolidação da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-CE.

Fortaleza, ___de_____de 2008

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO I – Dados sobre o quantitativo de ACS, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação

ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE

ANEXO III – Mapas das Secretarias Executivas Regionais

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](#)