

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

Hosanna Patrig Fertonani

**DESAFIOS DE UM MODELO ASSISTENCIAL EM DEFESA DA
VIDA, DA SAÚDE E DA SEGURANÇA: O QUE DIZEM OS
USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

**Florianópolis
2010**

Hosanna Pattrig Fertonani

**DESAFIOS DE UM MODELO ASSISTENCIAL EM DEFESA DA
VIDA, DA SAÚDE E DA SEGURANÇA: O QUE DIZEM OS
USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada à banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.
Orientadora: Dra. Denise Pires

Florianópolis
2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

F411d Fertonani, Hosanna Pattrig
Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida,
da saúde e da segurança [tese] : o que dizem os usuários
da atenção básica / Hosanna Pattrig Fertonani ;
orientadora, Denise Elvira Pires de Pires. - Florianópolis,
SC, 2010.
235 p.: graf., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Saúde pública. 3. Família - Saúde
e higiene. 3. Modelo assistencial em saúde. 4. Defesa da
vida. I. Pires, Denise Elvira Pires de. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

HOSANNA PATTRIG FERTONANI

**DESAFIOS DE UM MODELO ASSISTENCIAL EM DEFESA DA
VIDA, DA SAÚDE E DA SEGURANÇA: O QUE DIZEM OS
USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de “Doutor em Enfermagem”, e aprovada na sua versão final, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2010

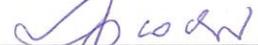


Profª Dra Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora da PEN/UFSC

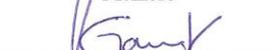
Banca Examinadora:



Profª Dra Denise Elvira Pires
de Pires
Presidente



Profª Dra Maria José Scochi
Membro



Profª Dra Eliane Pinho
Azambuja
Membro



Profª Dra Eliane Matos
Membro



Profª Dra Maria Bettina
Camargo Bub
Membro

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por estar sempre comigo, nos momentos difíceis e de felicidade.

Aos meus filhos, companheiro, e familiares que pacientemente compreenderam os esforços necessários para a concretização deste estudo.

À Dra. Denise Pires, pela sua importante colaboração, na concretização desta pesquisa, com sua motivação, experiência, competência e conhecimento, fizeram-me sentir estimulada e proporcionaram meu crescimento profissional e acadêmico.

Em especial aos trabalhadores das duas equipes de ESF, aos demais profissionais de saúde, trabalhadores, gestores da saúde e usuários da atenção básica, que colaboraram com os resultados obtidos nesta pesquisa.

À Claudia Garcia, pela sua contribuição para a elaboração do trabalho.

Aos professores e funcionários da PEN e colegas do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e a todos que, direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo.

Aos colegas de trabalho do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

FERTONANI, Hosanna Patrig. Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que dizem os usuários da atenção básica. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2010. 235 p.

RESUMO

As práticas assistenciais em saúde fundamentam-se no modelo biomédico, apesar das críticas aos limites deste modelo com relação ao entendimento da complexidade da vida humana e do processo saúde-doença. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como fundamental para a construção de um novo modelo assistencial em saúde, incorporando novas práticas assistenciais, com vistas à superação dos problemas decorrentes do modelo da biomedicina. Neste modelo, o usuário e sua família são considerados no seu contexto social e cultural e o processo saúde-doença compreendido em uma perspectiva ampla dos multideterminantes e das multidimensionalidades do viver humano. Assim, convivem atualmente, nas unidades básicas de saúde, dois modelos assistenciais, o modelo biomédico hegemônico e o modelo proposto pela ESF, sendo um desafio para os trabalhadores, equipes, serviços de saúde e pesquisadores do setor, a transformação do velho modelo em um novo modelo assistencial, que contemple as diretrizes da ESF/SUS e princípios de defesa da vida, da saúde e da segurança. Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo foi identificar no relato de usuários da ESF, de dois municípios da Região Sul do Brasil sobre as práticas assistenciais em saúde e se estas se aproximam ou se distanciam das diretrizes desta estratégia, bem como dos princípios de defesa da vida, da saúde e da segurança. Esta pesquisa de natureza qualitativa utilizou dados coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e análise documental, no período de maio a setembro de 2009. A organização dos dados e a análise categorial temática seguiram os passos sugeridos por Bardin (2002). A interpretação dos dados foi orientada por seis eixos de sustentação do referencial teórico desta pesquisa: conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, diretrizes da ESF, Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), defesa da vida, *safety promotion* e antropologia da saúde. Da análise dos dados, surgiram dois grandes temas: o primeiro tema foi com relação às aproximações e distanciamentos das ações assistenciais com um novo modelo assistencial e o segundo tema abordou as concepções de saúde

dos usuários e as aproximações com os pressupostos do modelo biomédico hegemônico ou com os princípios orientadores de um novo modelo assistencial, prescritos na Estratégia Saúde e na Política Nacional de Promoção da Saúde. Os resultados indicaram que as ações assistenciais permanecem centradas no tratamento e reabilitação das doenças, na figura médica e no atendimento individual, distanciando-se das diretrizes da ESF e da atenção integral. O vínculo/responsabilização tem sido construído pelos Agentes Comunitários de Saúde, no domicílio e com pouca participação dos demais profissionais da equipe da ESF. No que concerne, ao acesso ao serviço de saúde, os serviços ofertados pela atenção primária foram considerados satisfatórios, mas face à necessidade de atenção dos serviços de média e alta complexidade, essa mesma satisfação não foi obtida. No que se refere as ações voltadas para a defesa da vida, da saúde e da segurança, identificou-se que as práticas assistenciais não estão orientadas por estes princípios. Analisando as concepções de usuários sobre saúde, o entendimento é de que saúde esta relacionada com qualidade de vida, com segurança, com ausência de doenças e com autonomia para cuidar de si e para viver. Com base nestas perspectivas, para a construção de um novo modelo assistencial em saúde em defesa da vida, da saúde e da segurança, é fundamental a assimilação nas ações assistenciais, das diretrizes prescritas para a ESF, bem como o olhar para as necessidades decorrentes do processo de viver humano atual. Requer um envolvimento e responsabilização dos trabalhadores, equipes, gestores e usuários dos serviços de saúde, no processo de luta pela efetividade dos princípios do SUS, em um contexto de atitude ética, política e humanitária dos sujeitos envolvidos no processo.

Palavras-chaves: Modelo Assistencial em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Políticas Públicas de Saúde, Defesa da Vida.

FERTONANI, Hosanna Patrig. Challenges of a care model in defense of life, health and safety: what the users of the basic health services say. Thesis (Doctorate in Nursing) Postgraduate Nursing Programme. Federal University of Santa Catarina. Florianópolis, SC. 2010. 235 p.

ABSTRACT

Health care practices are based on the biomedical model, in spite of the critics to its limits on the understanding of the complexity of the human life and of the health-disease process. The Family Health Strategy (FHS) has been pointed as fundamental for the construction of a new healthcare model, incorporating new care practices, with views on overcoming the current problems of the biomedical model. In this model, the users and their families are considered in their social and cultural context and the health-disease process is understood in a wide perspective of the multi-determinants and of the multi-dimensionality of the human life. Thus, in the basic health units, two care models coexist at the moment, the biomedical hegemonic model, and the model proposed by the FHS. The conversion of the old model into a new care model, observing the FHS/SUS guidelines and principles defending life, health and safety became a challenge for the workers/teams/services of health and researchers of the field. In that context, the main objective of this study was to identify in the reports of FHS users from two municipal districts of the South of Brazil, if the health care practices come close or are distant to the guidelines of this strategy, as well as of the principles of defense of life, health and safety. This research of qualitative nature used data collected through semi-structured interviews and documental analysis, carried out from May to September 2009. Data organization and the category thematic analysis followed the steps suggested by Bardin (2002). Data interpretation was guided by the six supporting axes of the theoretical referential of this research: concept of health of the VIII National Conference of Health, FHS guidelines, National Politics of Health Promotion (PNPS), life defense, safety promotion and anthropology of health. From the data analysis, two main themes emerged: the first one was regarding the approaches and estrangements of the care actions with a new one care model; and the second theme approached the health perceptions of the users and the approaches with the presuppositions of the hegemonic biomedical model or with the guiding principles of a new care model, prescribed in

the Health Strategy and in the National Politics of Health Promotion. The results indicated that the actions of care are centered in the disease treatment and rehabilitation, in the doctor profile and in the individual assistance, distant of the FHS guidelines and of the integral care. The attachment/responsibility has been built by the Community Health Agents, in the homes and with little participation from the part of other professionals of the FHS team. Regarding the access to the health services, the services offered by the primary attention were considered satisfactory, but considering the need of attention to the services of medium and high complexity, that same satisfaction was not obtained. In what refers to the actions defending life, health and safety, it was identified that the care practices are not guided by these principles. Analyzing the users' conception about health, the understanding is that it is related with life quality, with safety, with absence of diseases and with one's autonomy of taking care of oneself and to live. Based on these perspectives, for the construction of a new healthcare model in defense of life, health and safety, in the care actions it is fundamental the assimilation of the guidelines prescribed by the FHS, as well as to look after the needs resulting from the human life's current process. It requires an involvement and responsibility from the workers, teams, managers and users of health services of health, in the fighting process for the effectiveness of the SUS principles, in an ethical, political and humanitarian attitude of the individuals involved in the process.

Keywords: Family Health, Health Care Model, Primary Health Care, Health Promotion, Safety Promotion.

FERTONANI, Hosanna Patrig Desafíos de un modelo asistencial en defensa de la vida, de la salud y de la seguridad: qué dicen los usuarios de la atención básica. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Pos-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. 2010. 235 p.

RESUMEN

Las prácticas asistenciales en salud se fundamentan en el modelo biomédico, a pesar de las críticas a los límites de este modelo, para el entendimiento de la complejidad de la vida humana y del proceso salud-enfermedad. La Estrategia Salud de la Familia (ESF) ha sido apuntada como fundamental para la construcción de un nuevo modelo asistencial en salud, incorporando nuevas prácticas asistenciales, con el objetivo de superar los problemas decurrentes del modelo de la biomedicina. En este modelo, el usuario y su familia son considerados en su contexto social y cultural y el proceso salud-enfermedad comprendido en una perspectiva amplia de los multideterminantes y de las multidimensionalidades del vivir humano. Así, conviven actualmente, en las unidades básicas de salud, dos modelos asistenciales, el modelo biomédico hegemónico y el modelo propuesto por la ESF, siendo un desafío para los trabajadores/equipos/servicios de salud e investigadores del sector, la transformación del viejo modelo en un nuevo modelo asistencial, que contemple las directrices de la ESF/Sistema Único de Salud (SUS) y principios de defensa de la vida, de la salud y de la seguridad. En ese contexto, el objetivo general de este estudio fue identificar en el relato de usuarios de la ESF, de dos municipios de la Región Sur de Brasil sobre las prácticas asistenciales en salud y si éstas se aproximan o se alejan de las directrices de esta estrategia, así como de los principios de defensa de la vida, de la salud y de la seguridad. Esta investigación de naturaleza cualitativa utilizó datos recogidos por medio de entrevistas semiestructuradas y análisis documental, en el período de mayo a septiembre de 2009. La organización de los datos y el análisis categorial temático siguieron los pasos sugeridos por Bardin (2002). La interpretación de los datos fue orientada por los seis ejes de confirmación del referencial teórico de esta investigación: concepto de salud de la VIII Conferencia Nacional de Salud, directrices de la ESF, Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS), defensa de la vida, *safety promotion* y antropología de la salud. Del análisis de los datos, surgieron dos grandes temas: el primer tema fue con relación a las

aproximaciones y alejamientos de las acciones asistenciales con un nuevo modelo asistencial y el segundo tema abarcó las concepciones de salud de los usuarios y las aproximaciones con los presupuestos del modelo biomédico hegemónico o con los principios orientadores de un nuevo modelo asistencial, prescritos en la Estrategia Salud y en la Política Nacional de Promoción de la Salud. Los resultados indicaron que las acciones asistenciales permanecen centradas en el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, en la figura médica y en la atención individual, alejándose de las directrices de la ESF y de la atención integral. El vínculo/responsabilización ha sido construido por los Agentes Comunitarios de Salud, en el domicilio y con poca participación de los demás profesionales del equipo de la ESF. En lo que concierne al acceso al servicio de salud, los servicios ofertados por la atención primaria fueron considerados satisfactorios, pero frente a la necesidad de atención de los servicios de media y alta complejidad, esa misma satisfacción no fue obtenida. En lo que se refiere a las acciones relacionadas con la defensa de la vida, de la salud y de la seguridad, se identificó que las prácticas asistenciales no están orientadas por estos principios. Analizando las concepciones de usuarios sobre salud, el entendimiento es que salud está relacionada con calidad de vida, con seguridad, con ausencia de enfermedades y con autonomía para cuidar de sí y para vivir. Con base en estas perspectivas, para la construcción de un nuevo modelo asistencial en salud en defensa de la vida, de la salud y de la seguridad, es fundamental la asimilación en las acciones asistenciales, de las directrices prescritas para la ESF, así como la mirada para las necesidades decurrentes del proceso de vivir humano actual. Requiere un involucramiento y responsabilización de los trabajadores, equipos, gestores y usuarios de los servicios de salud, en el proceso de lucha por la efectividad de los principios del SUS, en un contexto de actitud ética, política y humanitaria de los sujetos implicados en el proceso.

Palabras clave: Modelo Asistencial en Salud, Estrategia Salud de la Familia, Políticas Públicas de Salud, Defensa de la Vida.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1 – A construção de um modelo assistencial em saúde com base na defesa da vida, da saúde e da segurança.	94
Quadro 2 - Síntese das práticas assistenciais desenvolvidas pelas equipes de ESF, de dois municípios da Região Sul do Brasil, segundo relato dos usuários e estudo documental e as aproximações com as diretrizes da ESF e PNPS, bem como, com os princípios de defesa da vida, da saúde e da segurança.	150
Quadro 3 – Reflexões sobre os desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que disseram os usuários	174
Figura 1 – As influências dos diversos elementos macro e micro-social no processo de trabalho, incidindo sobre o movimento de construção de um novo modelo assistencial em saúde, na sociedade brasileira atual, com base nos determinantes apontados por Pires (2008) e Campos (1994a).	58
Tabela 1 - Caracterização das equipes da ESF da unidade A e dos usuários/famílias cadastradas, maio a setembro de 2009.	105
Tabela 2 - Caracterização das equipes da ESF da unidade B e dos usuários/famílias cadastradas, maio a setembro de 2009.	110
Gráfico 1 – Número de publicações sobre o tema modelo assistencial no Brasil e em países da América Latina, no período de 1990 a 2009	124

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
BDENF – Banco de Dados em Enfermagem
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Caixas de Aposentadoria de Pensão
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LILACS – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
MS – Ministério da Saúde
PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PR – Paraná
PSF – Programa de Saúde da Família
MA – Modelo Assistencial
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
SciELO – Scientific Electronic Library On Line
SC – Santa Catarina
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
Sinaes – Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior
SIS – Sistema de Informação em Saúde
SP – Safety Promotion
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UA – Unidade de Saúde A
UB – Unidade de Saúde B
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS	13
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	15
1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA	21
2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DOS DIFERENTES MODELOS ASSISTENCIAIS E SUA EXPRESSÃO NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	33
2.1 O MODELO HIPOCRÁTICO	34
2.2 A CONCEPÇÃO METAFÍSICA E RELIGIOSA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA IDADE MÉDIA	36
2.3 O MODELO BIOMÉDICO	38
2.4 A MEDICINA SOCIAL E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONCEPÇÃO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	41
3 O DEBATE ATUAL SOBRE MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE	45
3.1 CONCEITOS DE MODELO ASSISTENCIAL	46
3.2 CRÍTICAS À BIOMEDICINA E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DE MODELOS ALTERNATIVOS	50
3.3 OS MULTIDETERMINANTES DE UM MODELO ASSISTENCIAL	56
3.4 A PERSPECTIVA DO USUÁRIO CONTRIBUINDO PARA O DEBATE SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL	59
4 REFERENCIAL TEÓRICO	63
4.1 O CONCEITO DE SAÚDE ELABORADO NA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986)	65
4.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	73
4.3 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS)	77
4.4 DISCUTINDO UM NOVO CONCEITO: <i>SAFETY PROMOTION/SAFETY COMMUNITIES</i>	83
4.5 A “DEFESA DA VIDA” COMO PRINCÍPIO NORTEADOR DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	87

4.6 A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA PARA O DEBATE ACERCA DE MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE...	88
4.7 ARTICULANDO O REFERENCIAL TEÓRICO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE	94
5 PERCURSO METODOLÓGICO	97
5.1 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	97
5.1.1 Os municípios.....	98
5.1.2 As unidades de saúde selecionadas	99
5.1.3 Os Sujeitos do estudo	99
5.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	101
5.3 ANÁLISE DOS DADOS	103
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	103
6 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS/UNIDADES DE SAÚDE/EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E USUÁRIOS	105
6.1 CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO A, A UNIDADE DE SAÚDE E AS EQUIPES ESF.....	105
6.2 CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO B, A UNIDADE DE SAÚDE E AS EQUIPES ESF.....	109
6.3 CARACTERIZANDO OS USUÁRIOS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES A E B	112
7 OS ARTIGOS PRODUZIDOS.....	117
7.1 ARTIGO 1 – O DEBATE SOBRE MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE E DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO	119
7.2 ARTIGO 2 - NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE: O QUE DIZEM OS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	135
7.3 ARTIGO 3 – CONCEPÇÃO DE SAÚDE DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E MODELO ASSISTENCIAL: CONSENSOS E DISSENSOS	157
8 REFLEXÕES PARA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL NA ESF/SUS, EM DEFESA DA VIDA, DA SAÚDE E DA SEGURANÇA - CONSIDERAÇÕES FINAIS	173

REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES	191
ANEXOS	201

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Este estudo é fruto de algumas inquietações acerca do modelo assistencial em saúde vigente. Desde minha formação, em 1994, e primeiros momentos de atuação como enfermeira, vivenciei situações, ora prazerosas, ora angustiantes, principalmente, no tocante ao modo de prestar assistência aos seres humanos e ao modo como estão organizados os serviços de saúde. Após alguns anos de vivências no cenário da saúde, comecei a inquietar-me com a forte influência do modelo biomédico sobre as práticas assistenciais de saúde.

Esse modelo, que até hoje, orienta, hegemonicamente, os serviços de saúde, choca-se, muitas vezes, com alguns princípios de humanização, responsabilidade e integralidade. Ele tem sido limitado com relação ao entendimento da complexidade do viver humano, especialmente no que diz respeito às questões sociais, culturais, de relacionamento e modo de viver na atualidade.

A agitação do dia a dia, a falta de tempo para o lazer ou atividades físicas, o estresse no trabalho, a depredação do meio ambiente, a violência urbana, o estilo de alimentação da sociedade desenvolvida, dentre outros, são condições inerentes ao viver atual. Nos países da América Latina, persistem as doenças infecto-contagiosas e no mundo elevam-se as doenças consideradas típicas da sociedade moderna, como as doenças isquêmicas do coração, os tumores malignos e o crescimento das causas externas (homicídios, acidentes). A multiplicidade e complexidade dessas condições refletem na vida e na saúde das pessoas, interferindo significativamente na demanda pelos serviços de saúde, exigindo a adoção de novas ações assistenciais, intervenções e relações entre sujeitos, resultando assim, num desafio para os trabalhadores/equipes/serviços de saúde (VIANA DAL POZ, 2005).

Pensando nestas questões e nas limitações do modelo biomédico, para o entendimento dos fenômenos da vida e do processo saúde-doença, despertei para a necessidade de aprofundar o conhecimento a respeito de modelo assistencial em saúde e de possibilidades de mudanças em direção à construção de novos modelos, que ampliem o foco da atenção para a multidimensionalidade do ser humano, neste caso

o usuário¹ do sistema de saúde. Nesse sentido, algumas questões me motivaram a iniciar esta pesquisa: Como estabelecer um modelo assistencial que promova ações voltadas para o bem viver, mesmo em situações adversas, como doença, violência, pobreza ou outra dificuldade? Como considerar na atenção à saúde, as necessidades de viver em condições seguras e saudáveis nos tempos atuais? Como considerar as perspectivas dos usuários sobre as práticas e serviços de saúde?

Neste contexto, a antropologia da saúde tem contribuído para a compreensão da relação saúde, cultura e modos de viver das pessoas e para ampliar o entendimento sobre o processo saúde-doença. Ela considera que a saúde e a doença são processos psicobiológicos e socioculturais, sendo assim uma interpretação das pessoas, que envolve aspectos culturais e suas experiências subjetivas da aflição (LANGDON, 2001).

Nesta abordagem, enfatizam-se os aspectos dinâmicos e emergentes da interação das pessoas com o mundo, em que o enfoque recai sobre um conceito de cultura dinâmico, heterogêneo, centrado no ator e na sua expressão da interação social e da negociação dos significados (LANGDON, 2001).

Helman (2003, p. 104) indica ainda que os indivíduos quando procuram ou recebem assistência possuem diferentes expectativas e perspectivas, às quais tem relação com a maneira como “interpretam a origem e a importância do evento, o efeito deste sobre seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, e as diversas providências tomadas por ele para remediar a situação”.

Assim, questões relacionadas às emoções, escolhas, crenças e subjetividades do ser humano, são fundamentais para o entendimento do processo saúde-doença e devem ser consideradas pelos profissionais de saúde, trabalhadores e equipes de saúde, no processo assistencial. Nesse sentido, Cecílio (2001) e Merhy (1997, 2002) complementam o fato de que, é no campo das relações, denominado pelos autores, como

¹ Há diferentes referências ao indivíduo que utiliza os serviços de saúde, tais como: sujeito do cuidado, sujeito da assistência, paciente, cliente e usuário da atenção básica. O termo usuário foi escolhido nesta pesquisa, para identificar àquele que recebe/busca ações assistenciais, compreendendo-o como sujeito ativo e com capacidade para desenvolver autonomia e para cuidar de si e do outro, em um processo de envolvimento e de co-responsabilidade. Este usuário, é considerado um ser biopsicossocial, em constante interação com o meio onde vive, trabalha e se relaciona, em âmbito individual e coletivo. Este espaço de viver do usuário é propício para compreender necessidades de saúde, as quais devem ser consideradas na atenção à saúde.

‘tecnologias leves’, que se pode transformar o modelo assistencial. Nesse campo, incluem-se a valorização das necessidades de saúde, das tensões, das ansiedades, perspectivas, cultura e modos de cuidar de si e do outro.

Por essas questões, dentre outras, que o debate acerca dos limites do modelo assistencial em saúde² tem crescido significativamente, contribuindo para ampliar a compreensão da dinâmica do viver e sua relação com o processo saúde-doença. As diversas discussões indicam que as mudanças que acontecem no cenário econômico, social e político, no mundo, são aspectos que influenciam a demanda por serviços de saúde e devem ser considerados na atenção à saúde.

No Brasil, nos últimos vinte anos, a discussão sobre modelo assistencial vem sendo destaque em diversas instâncias, como nas Conferências Nacionais de Saúde, na formulação de Políticas Públicas de Saúde, nas pesquisas e publicações sobre práticas assistenciais bem como, na organização dos serviços de saúde (BRASIL, 1997, 2000, 2006a; 2006b; PAIM, 1999, 2003, MERHY, 1997, 2002; CAMPOS, 1994a).

Há um consenso, de que, apesar das contribuições de diversos autores e atores acerca da temática e dos avanços legais com relação ao sistema de saúde, a busca pela compreensão sobre um modelo assistencial que atenda na prática, os princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, permanece um desafio.

O modelo assistencial predominante nos serviços de saúde pauta-se nas características da biomedicina. Em relação a este modelo, podem-se apontar dois ângulos de debate que, ora se complementam, ora se opõem. Por um lado, o debate está relacionado aos benefícios do modelo em detrimento à utilização dos avanços da tecnologia em saúde, com conseqüente melhora do diagnóstico, do tratamento e da cura de doenças complexas, bem como do alívio do sofrimento da dor e do aumento da expectativa de vida, entre outros. Por outro lado, existem diversas críticas em relação aos limites deste modelo, no entendimento da complexidade da vida humana, no modo de produzir as ações em saúde, bem como nas formas de organização e gestão do trabalho e na formação profissional (HELMAN, 2003; CAMPOS, 1994a, 1994b,

² Há uma diversidade de denominações encontradas na literatura sobre a temática modelo assistencial, tais como modelo de atenção à saúde, prestação da atenção à saúde, modos de intervenção em saúde, modo de produzir saúde, modelos de cuidado, modelagem assistencial, modelo técnico-assistencial ou técnico assistencial (MERHY, 1997, 2002; PAIM, 2003; CAMPOS, 1994a, MALTA et al, 2005).

2000; PIRES, 2008; MERHY, 1997; 2002; CECÍLIO, 1997; CAPELLA, 1998; CAPRA, 1986, FRANCO, 1999, 2003; PAIM, 2003; SCHERER, 2006; SILVA JÚNIOR, 1998).

As principais críticas apontam que no modelo da biomedicina, a assistência à saúde, ocorre com base na concepção cartesiana e mecanicista, cujo foco é o corpo, as doenças e as ações curativas (SILVA JÚNIOR, 1998). Neste modelo, o corpo é comparado à uma máquina, composto por peças que, quando avariadas, ocasionam a doença. Salienta-se ainda a separação do ser doente de suas perspectivas individuais, sociais e econômicas.

Helman (2003, p. 102) pontua que “a definição médica de um problema de saúde é em grande parte fundamentada nas mudanças físicas de estrutura e funcionamento do organismo que possam ser demonstradas objetivamente e quantificadas”, com base em mensurações que são comparadas com os padrões fisiológicos normais.

Esse modelo também tem sido criticado pela sua forma de produção do conhecimento que, nesta abordagem, baseia-se principalmente, na especialização sobre o funcionamento de partes do corpo e na identificação de patologias baseadas em evidências anatômico-funcionais avaliadas principalmente por critérios matemáticos. Esse paradigma se reflete, na forma de organização dos serviços de saúde e na formação dos profissionais de saúde.

Se por um lado, as disciplinas³ aceleraram o progresso do conhecimento, possibilitando diversos olhares para um mundo complexo, por outro lado, a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, dificultaram a visão da totalidade, e, no modelo assistencial vigente, o conhecimento baseado na especialização, limita muitas vezes, a compreensão do processo saúde-doença como multideterminado e do usuário como ser integral (MORIN, 2007, SCHERER, 2006, MATOS, 2006).

Esse modelo assistencial vigente, foi fortemente influenciado por um relatório publicado em 1910, intitulado *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for*

³ Disciplina – É uma categoria organizadora do conhecimento científico. Ela institui a divisão e a especialização do trabalho e responde a diversidade de domínios que recobrem as ciências. A disciplina, por um lado, define um domínio de competência sem o qual o conhecimento se tornaria fluído e vago. Por outro, ela revela ou constrói um objeto importante para o conhecimento científico. Uma disciplina define suas fronteiras, sua linguagem, suas técnicas e muitas vezes sua própria teoria, o que lhe confere autonomia e proporciona o isolamento em relação a outras disciplinas e aos problemas que as sobrepõem (MORIN, 2007; SCHERER, 2006, MATOS, 2006).

the Advancement of Teaching, que ficou conhecido como “Relatório Flexner” (*Flexner Report*). Este relatório é considerado como o propulsor da mais importante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América (EUA), a partir de 1910, com profundas implicações para a formação dos profissionais médicos e para a medicina mundial. Neste ano de 2010, completa-se 100 anos de sua publicação e até hoje é foco de debates e polêmicas.

O relatório foi produzido a partir de um estudo realizado pelo médico Abraham Flexner (1866-1959). Seu primeiro livro, *The American college: a criticism*, publicado em 1908 criticava o sistema educativo norte-americano, o qual rendeu um convite do presidente da Carnegie Foundation, Henry S. Pritchett à Flexner, para que realizasse um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e Canadá. Flexner então, visitou 155 escolas de Medicina nos EUA e Canadá, durante um período de seis meses e com base nas avaliações que fez, sobre condições sanitárias, laboratoriais, dentre outras, publicou seu famoso relatório, retornando posteriormente à Europa com a finalidade de estudar a educação médica da Inglaterra, França e Alemanha (FLEXNER, 1910; PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

As sugestões do relatório colaboram para a consolidação de um modelo de formação médica fundamentado na ciência positiva, na medicina experimental e na pesquisa biológica. Para tanto, recomendava um processo seletivo bastante rígido para o ingresso dos discentes às escolas, bem como dedicação integral dos mesmos ao curso. Sugeria-se ainda, a vinculação das escolas médicas às Universidades, o ensino clínico no hospital, a especialização médica e o controle do exercício profissional (FLEXNER, 1910; PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Ainda hoje, a formação médica sofre influência desse relatório, que ganha o mundo, mas também tem gerado muitas críticas. Na concepção de Pagliosa e Da Ros (2008, p. 496), Flexner não teve idéias originais sobre o ensino médico, pois quando fez sua investigação e elaborou seu relatório, as idéias e modificações na educação médica nos Estados Unidos da América já estavam em curso. O mesmo acontecia em outras partes do mundo, inclusive no Brasil. A força de seu relatório deve-se à “natureza abrangente, em termos numéricos, da sua avaliação e à ênfase sobre as bases científicas”. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização Ocidental e de consolidação do modelo científico na medicina.

Em meados do século passado identificam-se proposições para transformar este modelo de formação. Neste processo, são identificados debates e resoluções ocorridos em encontros, congressos e em periódicos sobre educação médica. Em 1951, em Lima (Peru), ocorreu o Primeiro Congresso Pan-americano de Educação Médica. Algumas deliberações deste Congresso recomendaram a ampliação dos estudos sobre medicina preventiva e sobre o conhecimento geral da medicina. No Brasil, vários movimentos podem ser verificados como o crescimento de escolas médicas e a elaboração de um sistema de avaliação nacional do ensino. Em 2004, o Ministério da Educação (MEC) instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), que pretende avaliar as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes.

No entanto, as tentativas de mudança obtiveram poucos resultados efetivos. As razões destes fracassos são múltiplas e complexas, uma vez que envolvem desde a mobilização de professores no processo de formação até os interesses do capitalismo internacional, representado pelo complexo médico-industrial. Assim, apesar das iniciativas de mudanças no currículo do ensino médico, a formação desses profissionais de saúde ainda absorve características do relatório Flexner (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Nesse contexto, atualmente, as críticas decorrentes da hegemonia do modelo da biomedicina permanecem e se ampliam. No Brasil, desde a década de 1980 vêm sendo desenvolvidas reflexões sobre os problemas decorrentes deste modelo e também têm sido elaboradas propostas alternativas, visando a construção de modelos de atenção mais coerentes com os princípios de humanização, responsabilização e assistência integral⁴.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), os principais problemas identificados no âmbito do modelo assistencial foram: desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, serviços com baixa qualidade e ausência de integralidade (PAIM, 2003). Já na X Conferência (1996), o tema central

⁴ Assistência Integral - A atenção à saúde integral ou integralidade em saúde, pressupõe que cada cidadão deve ser compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Nesta perspectiva, as equipes de profissionais e a rede de serviços de saúde devem estar articuladas para garantir a oferta de diversas ações assistenciais como a promoção da saúde, prevenção de doenças, bem como controle, reabilitação e cura de doenças e agravos. É necessário então, que a rede hierarquizada de serviços disponibilize tecnologias complementares entre si, em diversos níveis de complexidade, mas que sejam convergentes com a necessidade dos usuários (MATTOS, 2001).

foi “SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida” e na XI reaparece a discussão sobre modelo assistencial no sub-tema: “Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde” (BRASIL, 1996; TEIXEIRA, 2000).

Atualmente, cabe destacar duas importantes estratégias de referência do governo brasileiro para o processo de reestruturação do modelo assistencial em saúde, em conformidade com o SUS: o Programa de Saúde da Família (PSF) proposto em 1994 e atualizado na Política Nacional de Atenção Básica, pela Portaria 648 de 20/03/2006 e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006 (BRASIL, 1997, 2006a, 2006b).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi renomeado, como Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1996, no sentido de ser entendido como uma proposta não verticalizada, à ser construída pelas equipes de saúde em consonância com a participação popular. A estratégia pauta-se em diretrizes voltadas para o trabalho em equipe, para a família e seu meio social e físico, para vigilância em saúde com base nos determinantes do processo saúde-doença e no planejamento das práticas assistenciais (BRASIL, 1997, 2006a). Neste ‘novo modelo’ a expectativa e a visão é do usuário e sua família, como cidadão de direito e de capacidade de autonomia.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem suas raízes na concepção de “Promoção da Saúde” formulada em 1986, na I Conferência Internacional em Promoção da Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Ottawa, Canadá. Nesta conferência, definiram-se como pré-requisitos fundamentais para a saúde, dimensões importantes do viver humano, como ter acesso à educação, habitação, poder aquisitivo, equidade, paz, além de um ecossistema estável e de conservação dos recursos naturais. O debate brasileiro em torno da proposta de Promoção da Saúde está refletido nesta política pública de saúde e em seus desdobramentos, como as Políticas Públicas Saudáveis, a Vigilância em Saúde e a Intersetorialidade (BRASIL, 2006b).

Em âmbito internacional, despontam pesquisas que buscam aprofundar o conhecimento da relação saúde-doença com as múltiplas dimensões do viver na sociedade atual, incluindo o olhar sobre a promoção da segurança e dos ambientes seguros e saudáveis. Com apoio da Organização Mundial da Saúde, a promoção da segurança (*Safety Promotion*) tem sido discutida em diversos países como um dos meios para promover um viver saudável. Estas pesquisas focam o cuidado dos

seres humanos em todos os níveis de prevenção e não somente em situação de doença, dor e sofrimento, mas na compreensão da vida em sua expressão individual e coletiva, direcionando o olhar para a organização do espaço urbano (SVANSTRÖM, 2006; MAURICE, et al, 1998).

Assim, pensar acerca do processo saúde-doença e da construção de um novo modelo assistencial, implica também em considerar a necessidade de preservação do ambiente para proteção da vida; os riscos a que estão expostos as crianças, jovens e adultos, em especial a exposição às drogas, fumo, violência, acidentes domésticos e no trânsito, a gravidez precoce; as doenças infecto-contagiosas, bem como nos diferentes estilos de vida; ao estresse decorrente da vida cotidiana e do trabalho, dentre tantos outros aspectos do viver humano.

No entanto, apesar do crescente interesse em direção à promoção da qualidade de vida e a sua relação com a saúde, a associação entre os determinantes dos contextos sociais, culturais, ambientais e econômicos e o processo saúde-doença, ainda é particularmente complexa e pouco conhecida. Os estudos acerca desta relação são ainda insipientes e necessários, para a construção de um modelo assistencial de melhor qualidade e mais coerente com as necessidades de uma sociedade complexa, como a atual.

As práticas assistenciais e os investimentos na saúde, favorecem a permanência de um modelo mais preocupado com o tratamento e cura das doenças, do que com as causas e determinantes do processo saúde-doença (CONSTRANDIOPOULOS, 1998; BUSS, 2000).

A implementação das diretrizes das políticas de saúde, ESF e PNPS, no Brasil, representa um marco para reorientação no modelo assistencial, mas, também, significa desafios para os pesquisadores, gestores, profissionais e serviços de saúde e usuários, na medida em que, apresentam pressupostos diferentes da tradicional visão biológica e reducionista do processo saúde-doença, característica no modelo biomédico. E é nesse contexto de debate, sobre necessidades e perspectivas de melhorar a atenção à saúde, que se justifica refletir sobre os desafios para mudanças no modo atual de prestar a assistência em saúde.

Para este estudo foram então consideradas duas perspectivas. A primeira foi abordar o tema modelo assistencial, sob o olhar dos usuários dos serviços da atenção básica, no contexto da ESF, considerando que os relatos destes, acerca das práticas assistenciais, são fundamentais no processo de construção de um novo modelo

assistencial.

Neste aspecto, é importante conhecer a perspectiva do usuário sobre a atenção à saúde, na medida em que, as características do trabalho em saúde, envolvem uma relação entre pessoas, sendo fundamental uma interação e compreensão da visão de mundo e do processo saúde-doença, entre estes dois universos, que ora se identificam, ora se diferenciam. Conhecer o que dizem os usuários, sobre as ações assistenciais em saúde, no contexto da ESF/PNPS/SUS, permitirá verificar as aproximações e distanciamentos destas, com as suas necessidades de saúde.

A segunda perspectiva foi trazer para o debate, as discussões e desafios de implementar um novo modelo assistencial, assentado em princípios do SUS e nas proposições da ESF e PNPS, como a atenção integral, o acolhimento, vínculo e responsabilização, com base na premissa de que, estes princípios envolvem relações de compromisso e envolvimento dos sujeitos que participam do processo assistencial. Envolve assim, a defesa da vida, como responsabilização, atitude ética, humanitária e política na atenção à saúde, desde os profissionais de saúde, equipes e serviços de saúde até os usuários e população em geral.

Contribuir para a construção do conhecimento em direção a um novo modelo assistencial é uma tarefa bastante complexa e um caminho produtivo é registrar as experiências, que vem sendo desenvolvidos em âmbito nacional e internacional, com vistas a contribuir para pensar a realidade assistencial brasileira e no sentido de viabilizar o preconizado pelo SUS.

As questões acima descritas levaram-me a formular a seguinte questão de pesquisa: “Quais ações no campo da saúde, desenvolvidas por equipes da ESF, aproximam-se da construção de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança, segundo a perspectiva dos usuários da atenção básica?”

Nesse sentido, a pesquisa desenvolvida defende a tese de que, pensar acerca da construção de um novo modelo assistencial, implica em considerar diversos e complexos elementos envolvidos: a perspectiva dos usuários e a incorporação nas práticas assistenciais, dos princípios do SUS/ESF/PNPS, bem como da defesa da vida, da saúde e da segurança.

O processo de investigação foi orientado pelos seguintes objetivos:

a) Geral

Contribuir para o debate sobre a construção de um novo modelo assistencial em saúde, na atenção básica, em defesa da vida, da saúde e da segurança, com base nos relatos de usuários da ESF, de dois municípios da Região Sul do Brasil.

b) Específicos

Identificar a partir dos relatos de usuários da ESF e estudo documental, se as práticas assistenciais em saúde desenvolvidas, aproximem-se ou distanciam das diretrizes da Estratégia Saúde da Família e das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Aprender no relato de usuários, se as ações assistenciais de equipes ESF, promovem a defesa da vida, da saúde e da segurança.

Identificar consensos e dissensos nas concepções de saúde dos usuários, em relação aos pressupostos do modelo da biomedicina ou com as novas proposições para um modelo assistencial.

O relatório da tese está estruturado nos seguintes capítulos: O primeiro capítulo introduziu a temática do estudo e os objetivos. O segundo capítulo apresenta um panorama do contexto do surgimento dos diferentes modelos assistenciais encontrados ao longo da história, até a consolidação do modelo biomédico e sua expressão nas práticas assistenciais.

No terceiro capítulo, com base na revisão da literatura, é identificado o panorama do debate atual sobre modelo assistencial em saúde, destacando-se as diferentes concepções sobre o tema e as principais propostas alternativas evidenciadas na literatura, para a construção de um novo modelo assistencial.

No quarto capítulo situa-se a base teórica que fundamentou a pesquisa sobre modelo assistencial neste estudo e no quinto capítulo, está contido o percurso metodológico da pesquisa.

No capítulo seis, estão caracterizadas as equipes, o território e os usuários que participaram da pesquisa. Os resultados obtidos com a pesquisa de campo são apresentados no capítulo sete, em formato de artigo, atendendo assim, a instrução normativa 06/PEN/2009 (ANEXO

A) aprovada em 02/12/2009, que prevê que os trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da PEN, devem conter artigos/manuscritos de autoria do discente em co-autoria com o orientador. Assim, foram extraídos da pesquisa, três manuscritos, que buscaram responder a pergunta de pesquisa e atender os objetivos propostos.

No capítulo oito, são discutidas as perspectivas de construção do modelo assistencial a título de considerações finais.

2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DOS DIFERENTES MODELOS ASSISTENCIAIS E SUA EXPRESSÃO NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

As idéias sobre modelo assistencial em saúde têm origem na reflexão sobre os diferentes modos de prestar a assistência, que se difundiu ao longo da história. A conformação de um modelo assistencial se dá a partir de diversos condicionantes/determinantes, localizados histórica e culturalmente. Neste sentido, o presente capítulo tem como objetivo traçar um panorama em torno do contexto histórico do surgimento dos diferentes tipos de modelo assistencial e sua relação com a concepção de saúde.

Um modelo assistencial tem relação com as diferentes concepções teóricas de saúde-doença, com a explicação, o entendimento e a interpretação das doenças, que também são históricos e culturais. As explicações sobre saúde-doença variaram de acordo com o entendimento que determinadas populações e comunidades têm do mundo, da doença e do processo de viver, de acordo com as diferentes realidades econômico-político-sociais, bem como tem associação com os valores ético-morais, em relação aos seres humanos e aos direitos de cidadania.

Ao longo da história, teve forte influência na compreensão da origem das doenças a idéia de que havia sempre uma causa externa que seria responsável por causar equilíbrio ou desequilíbrio no nosso organismo. Os assírios, hebreus e egípcios, consideravam que o corpo pudesse receber influências dos elementos naturais e de causas sobrenaturais, com base em uma interpretação religiosa do mundo e do processo saúde-doença. Paralelamente existia a interpretação da medicina chinesa e hindu, que compreendiam como causas das doenças, as influências climáticas e a invasão de insetos ou animais no corpo, causando malefícios ao mesmo (BARATA, 1985).

Nas sociedades tribais, as doenças têm sido compreendidas, predominantemente, como provocadas por espíritos malignos. Os feiticeiros tratam as doenças através de rituais mágicos e religiosos e também pela utilização de ervas amargas, raízes e frutos. Estes especialistas são legitimados pelo grupo que os reconhecem como dotados de dons especiais para curar as doenças.

Na civilização grega (1.200 a 800 a.C.), a doença era entendida como resultado da ação sobrenatural. Os gregos cultuavam os deuses e lhes atribuíam diversas formas, que tinham aparências semelhantes aos

homens, aos animais ou uma mistura de ambos (SILVA, 1986). Segundo Barata (1985), é nesse período que inicia-se a idéia de que o homem também seria causador de doenças, pois se as mesmas são causadas pela relação natureza e corpo, conseqüentemente as ações do homem na natureza, influenciam o processo saúde-doença. Assim, a compreensão da doença vai perdendo o caráter mágico, religioso e as causas são materializadas. É nesse momento da história que surgem as primeiras concepções sobre a teoria da causalidade. Nessa teoria, as causas das doenças têm interpretações distintas e históricas, e o agente causador é externo, invisível ou desconhecido.

É patente a noção de que a doença poderia ser produzida por meio do contágio entre os homens, isto é, o homem doente era capaz, por algum modo, de provocar a doença nos demais. Quanto às causas, as explicações iam desde a influência da conjugação de certos planetas, até o envenenamento dos poços pelos leprosos e judeus ou pelas bruxarias dos endemoniados (BARATA, 1985, p. 17).

Os gregos dão continuidade ao pensamento dos hindus e chineses, compreendendo a saúde como “um estado de isonomia, ou seja, de harmonia perfeita entre os quatro elementos que compõem o corpo humano: terra, ar, água e fogo. A doença, para os gregos é conseqüência da ação de fatores externos que provocam no organismo uma disnomia (BARATA, 1985). Seguindo estas concepções, Hipócrates, destacou-se na história, pelos modo particular de compreender e tratar as doenças, fazendo uma relação do modo de viver com o processo saúde doença.

2.1 O MODELO HIPOCRÁTICO

Hipócrates (460 ou 459 - 370 a.C.) foi o principal filósofo a iniciar um processo de rompimento com a visão religiosa e sobrenatural, valorizando o conhecimento do corpo, a observação sistemática da doença, do homem e de suas relações com o meio ambiente. Considerava a doença como um desequilíbrio dos humores do corpo e

que a cura viria da própria natureza e do próprio corpo, cabendo aos médicos a prescrição de dietas adequadas.

Com Hipócrates, as crenças no sobrenatural e nos mitos religiosos deixam de ter peso e o fundamento das práticas assistenciais passa a ser a observação dos sintomas clínicos e do potencial de resposta do organismo. Considerava também as condições sociais como fatores determinantes das doenças, valorizando a associação de medidas como terapias com ervas, sangrias, restrições alimentares e físicas. O modelo hipocrático reconhecia “a doença como parte da natureza, e a saúde como a expressão de uma condição de equilíbrio entre corpo e meio ambiente” (MONTICELLI, 1999, p.87).

Suas descobertas foram registradas em inúmeras obras (53 livros) que foram escritas por ele e seus seguidores e foram denominadas de Corpus Hipocraticum. Estas obras contribuíram para a compreensão da saúde, nas áreas da epidemiologia, diagnóstico e tratamento da doença, nas questões éticas, na utilização de alternativas naturais para tratar a doença e na valorização do ser humano de forma integral (MONTICELLI, 1999).

Barata (1985, p. 15) pontua que Hipócrates atribuía a causalidade das doenças ao ambiente físico, encontrado no livro “Dos ares, das águas e dos lugares”.

quem quiser prosseguir no estudo da ciência da medicina deve proceder assim. Primeiro, deve considerar que efeitos cada estação do ano pode produzir, porque todas as estações não são iguais, mas diferem muito entre si mesmas e nas suas modificações. Tem que considerar em outro ponto os ventos quentes e os frios, em particular aqueles que são universais, mostrando bem aqueles peculiares a cada região. Deve também considerar as propriedades das águas, pois estas diferem em gosto e peso, de modo que a propriedade de uma difere muito de qualquer outra” (HIPÓCRATES, apud BARATA, 1985, p. 15).

Posteriormente, na civilização romana, algumas medidas de saneamento e saúde pública foram realizadas, como a construção de “aquedutos, termas, banhos públicos, esgotos, limpeza obrigatória das ruas”. Esta época (116 a.C. e 79 a.C.), foi marcada pela contribuição dos

romanos na organização e codificação do saber médico (SILVA, 1986, p.33).

A religião para essa civilização centrava-se nas diversas divindades ou deuses cultuados até o período do século III e V d.C., quando então a influência do Cristianismo ressignifica o papel do sobrenatural na causa e tratamento das doenças. A enfermidade passa então a ser entendida como um castigo divino de um Deus, o Deus dos cristãos, sendo que a própria vivência das doenças era uma forma de se redimir dos pecados e de salvar a alma, tanto para os doentes quanto para os que deles cuidavam (SILVA, 1986).

Neste período, o modelo hipocrático permaneceu como uma prática assistencial paralela, desenvolvido por poucos, o que contribuiu para que não fosse extinto completamente. Sobreviveu em alguns países orientais, e influencia até hoje, algumas práticas em saúde no mundo ocidental e principalmente as discussões e estudos atuais acerca das possibilidades de construção de um modelo alternativo ao modelo biomédico, um novo modelo que conserve os avanços da biomedicina, mas que cuide das outras dimensões envolvidas no processo saúde-doença.

2.2 A CONCEPÇÃO METAFÍSICA E RELIGIOSA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA IDADE MÉDIA

Com as sucessivas invasões dos povos bárbaros e as dificuldades econômicas, iniciou-se um processo em direção à decadência do Império Romano. Aos poucos foi se formando uma nova sociedade, a partir de novas relações econômicas que se estabeleceram, baseada na valorização da terra e no fortalecimento das relações agrícolas. Essa sociedade da Idade Média foi denominada de feudalismo ou sistema feudal, que teve “seu início marcado por volta do século IV, indo desintegrar-se no século XVIII” (REZENDE, 1989, p. 51).

Esta sociedade era dividida em três classes sociais; o clero, a nobreza e os servos. O clero detinha a autoridade moral, mas também tinha peso financeiro, além de ter sob sua guarda o acervo de conhecimentos produzidos pela humanidade até então.

A religião hegemônica era o cristianismo que influenciou o entendimento das doenças e as práticas assistenciais voltam a se revestir de um caráter religioso, que priorizava o alívio dos sofrimentos da alma,

correspondendo aos valores religiosos da época. A doença era entendida, principalmente, com base em duas concepções: atribuída ao sobrenatural, sendo uma forma de castigo pelos pecados cometidos e também era influenciada pelas formulações da teoria dos humores de Hipócrates, esta última agora, com menor peso.

A Igreja tinha um papel regulador e influenciava os diversos segmentos da sociedade medieval, e a teoria dos humores foi perdendo peso, dando lugar ao fortalecimento de idéias ligadas ao religioso. Os conhecimentos sobre o processo saúde-doença, acumulados na Antigüidade, neste período “foram guardados pela Igreja, nos mosteiros” (SILVA, 1986, p. 34-36). É uma fase importante da história, em que há a conservação dos princípios hipocráticos como explicação teórica, mas a prática clínica produzida na escola grega foi abandonada. O estudo da causalidade das doenças também fica estagnado.

No entanto, a realidade econômica e social da Idade Média resulta em uma piora do quadro sanitário da população, com o aumento de doenças e epidemias. Diante do quadro de caos no campo sanitário, os estudos baseados na observação, no conhecimento clínico e na causalidade começam a ressurgir.

Com o ressurgimento do comércio e o desenvolvimento das cidades que sobreviveram à decadência do Império Romano, as grandes epidemias precisavam ser tratadas criando-se, assim, as condições para que o entendimento religioso sobre as doenças fosse sendo substituído por uma centralidade no corpo e nos seres humanos.

O princípio do século XIV marca o fim da expansão da economia feudal (SILVA, 1986) e a interpretação religiosa da saúde-doença, com a decadência da metafísica, vai sendo substituída pelo novo modelo da racionalidade científica. Apesar dos prejuízos da concepção religiosa de doença, que estagnou o conhecimento, há que se reconhecer que esta partilhava do paradigma metafísico de ciência, hegemônico na Idade Média, considerando as doenças como dimensões do viver humano, que envolvem, não somente o corpo, mas também a mente, as crenças e a religião.

Já no século XVI, surge a teoria do contágio de Fracastoro, na tentativa de compreender a existência de partículas invisíveis, responsáveis por doenças. Do desdobramento desta teoria sobre o contágio, surge a teoria miasmática, a qual, se mantêm até o aparecimento da bacteriologia na segunda metade do século XIX (BARATA, 1985).

Durante todo o século XVIII os estudos médicos voltam-se para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas causadas pelas doenças. Assim o estudo das causas cede lugar à prática clínica. “As pesquisas científicas interessam-se pela localização das sedes das doenças no organismo e voltam-se para desvelar a linguagem dos sinais e sintomas clínicos” (BARATA, 1985, p. 18).

2.3 O MODELO BIOMÉDICO

A partir da segunda metade do século XVIII, ocorrem mudanças significativas no modo de produzir e na organização social, caracterizando um novo modo de produção, o capitalismo. A estruturação do modo capitalista de produção teve forte influência na concepção de saúde e no modo de prestar assistência.

As tensões causadas pelas péssimas condições de vida e saúde da época medieval, as novas relações econômicas estabelecidas e a emergência da ciência positiva, racional e metódica influenciam a saúde de modo significativo. Neste processo desponta o profissional médico destacando-se como capacitado para possibilitar a cura e institucionaliza-se o hospital como o local privilegiado para a assistência, agregando-se outros profissionais e trabalhadores necessários para o trabalho assistencial (LEOPARDI, 1999).

Com a influência da epistemologia⁵ cartesiana, o corpo passa a ser o foco de atenção, sendo as práticas assistenciais e os processos terapêuticos voltados para a identificação e o tratamento de patologias. Nesse aspecto, a incessante necessidade do homem de compreender a natureza que o cerca e de interagir com ela, desperta a busca por respostas que antes eram respondidas pelo religioso. A primeira teoria para explicar os fenômenos da vida é o reducionismo, que apesar de ser limitado, foi bem sucedido no campo da biologia, até se tornar

⁵ **Epistemologia** ou **teoria do conhecimento** (do grego *episteme*, ciência, conhecimento;discurso) é um ramo da Filosofia que trata dos problemas filosóficos relacionados à crença e ao conhecimento. A epistemologia estuda a origem, a estrutura, os métodos e a validade do conhecimento (daí também se designar por filosofia do conhecimento). Sua problematização compreende a questão da possibilidade do conhecimento. A epistemologia se origina em Platão. Ele opõe a crença ou opinião ao conhecimento. A crença é um determinado ponto de vista subjetivo e o conhecimento é crença verdadeira e justificada.

insuficiente para outras abordagens científicas. Nesse momento, o cartesianismo apresenta progresso, mas também, limitações no esclarecimento do mundo e nas ciências da biologia e da física.

A partir de Descartes⁶, os estudos médicos voltam-se para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas e biológicas sofridas durante a doença (BARATA, 1985). O novo paradigma influencia a produção do conhecimento em saúde e o avanço da medicina científica, no século XIX, bem como a prática da assistência à saúde, a divisão das profissões, a organização do trabalho assistencial, a pesquisa em saúde e também, o interesse pela tecnologia em detrimento às questões filosóficas e existenciais do indivíduo (CAPRA, 1986).

Segundo Silva Júnior (1998, p. 21-22), os elementos estruturais que caracterizam a medicina científica são:

a) o mecanicismo que se constitui na visão do homem como uma máquina composta por peças;

b) o biologicismo, originado com os avanços da microbiologia, a partir do século XIX, que considera a manifestação das doenças como uma causa natural, devido à ação de agentes etiológicos, e exclui fatores econômicos e sociais de determinação das doenças;

c) o individualismo, cujo objeto de atenção é o indivíduo isolado de seu contexto social, condições de vida, aspectos culturais e sociais;

d) a especialização, cuja compreensão é a de que o homem é formado por peças ou partes, cuja visão não é de um ser na sua integralidade. Este entendimento levou a medicina científica ao aprofundamento e especialização em partes do corpo, que apesar das vantagens do conhecimento detalhado das partes do corpo, verifica-se

6 Descartes (1595 – 1650). René Descartes foi um filósofo, fisiologista e matemático francês, nascido em 31 de março de 1596, em La Haye, na província de Touraine. Ele foi um contemporâneo de Galileu e Pascal e portanto trabalhou sob as mesmas influências religiosas repressoras da Inquisição. As contribuições de Descartes à física foram feitas principalmente na óptica, mas ele escreveu sobre outros temas, incluindo a biologia, cérebro e mente. O estio da filosofia de Descartes pode ser resumida por sua famosa frase em latim: *Cogito, ergo sum* (penso, logo existo). Ele foi o primeiro a levantar a doutrina do dualismo corpo/mente, a propor uma sede física para a mente, e a maneira como ela se inter-relaciona com o corpo. Portanto, ele discutiu temas importantes para as neurociências, que vieram a dominar os quatro séculos seguintes, tais como a ação voluntária e involuntária, os reflexos, consciência, pensamento e emoções (COBRA, 1998).

conseqüências negativas para a interdisciplinaridade e para o cuidado na perspectiva da integralidade.

e) a exclusão das práticas alternativas, em detrimento a uma valorização da medicina científica como superior em relação às outras alternativas de assistência à saúde, sob a explicação de que somente este modelo pode ser cientificamente comprovado;

f) a tecnificação do ato médico, cujas práticas médicas utilizam como instrumentos para diagnosticar e curar as doenças, a ciência e a tecnologia, produzindo um aumento na produção de equipamentos e medicamentos. Há uma forte influência da perspectiva empresarial e lucrativa nas ações de saúde, influenciando as escolhas dos profissionais de saúde bem como dos usuários dos serviços. Nesse sentido, uma assistência de qualidade é medida pelo “grau de incorporação tecnológica da prática médica”, com pouca preocupação com as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças;

g) a ênfase na medicina curativa, ou seja, voltada para o tratamento das doenças, das lesões e dos danos;

h) a concentração de recursos, para a tecnologia e a especialidade. Considera-se também, o hospital, como o principal cenário das práticas assistenciais.

Apesar de estas características serem importantes para o desenvolvimento da medicina, para o tratamento e cura de algumas doenças complexas, identificam-se evidências dos problemas decorrentes deste modelo, quando se trata de pensar a Saúde Coletiva, as quais podem ser reconhecidas na sua ineficiência, ineficácia e na desigualdade de distribuição de seus progressos (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 48). Este processo é caracterizado por alguns autores como a crise da medicina científica. Questiona-se o seu impacto, nos níveis de morbidade e mortalidade, principalmente porque este modelo não considera os aspectos amplos que cercam o indivíduo, com suas condições sociais, econômicas, tipo de trabalho e outros. Este olhar tem conseqüências negativas para o controle de determinadas doenças, como por exemplo, a tuberculose, as doenças infecto-parasitárias e outras doenças, que têm relação direta com as condições sócio-econômicas. Além disso, as doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão arterial são agravadas pelas condições de vida, alimentação, presença de estresse e condições de trabalho. Destacam-se também as doenças ocupacionais, as psicossomáticas e os danos à saúde, decorrentes da violência urbana.

2.4 A MEDICINA SOCIAL E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONCEPÇÃO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Alguns modelos alternativos foram propostos, com o objetivo de melhorar a crise da medicina científica. Na França, na última década do século XVIII, algumas mudanças foram feitas na tentativa de tratar os problemas de saúde e bem-estar da população. Com os avanços da industrialização e do desenvolvimento econômico, houve uma grande migração de trabalhadores artesãos para os centros urbanos. Estes, não tinham condições adequadas de moradia e emprego, e “as novas condições provocaram a emergência de novas idéias resultantes do contato direto com a realidade social do industrialismo e da vida dos trabalhadores” (ROZEN, 1983, p. 48).

No final do século XVIII, com a urbanização dos países europeus, surge a “concepção de causação social, isto é, das relações entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento de doenças” (BARATA, 1985, p. 18).

Na primeira metade do século XIX, a França foi o país mais avançado em teoria política e social. Uma série de leis foi estabelecida, originando um sistema nacional de assistência social, incluindo a atenção médica, que relacionava saúde, medicina e sociedade. Em 1848, estas mudanças consolidaram-se com a Medicina Social.

A medicina social trouxe à tona assuntos como a relação entre as condições físicas e mentais de uma população com os problemas sociais, a relação entre estrutura social, saúde e doença, incluindo também temas como a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Essas idéias não se limitavam à França. Espalharam-se pela Alemanha, destacando-se as contribuições de Rudolf Virchow em 1848. Virchow também defendia a associação de doenças com causas sociais, econômicas e políticas, deixando em segundo plano as causas biológicas e físicas. Para este autor, a medicina social “deve apontar para os obstáculos que impedem o funcionamento normal do processo vital e efetuar seu afastamento” (ROZEN, 1983, p. 52). Também na Inglaterra e nos Estados Unidos, durante todo o início do século XIX, evidenciou-se alguma consciência da relação dos problemas sociais com problemas de saúde. Estas idéias, no entanto foram abafadas por interesses econômicos, pois deixavam claro que condições de vida e trabalho

causavam doenças nos trabalhadores, estes principais fontes de reprodução do capital (BARATA, 1985; ROZEN, 1983).

No século XX, há um esgotamento da idéia da unicausalidade, ou seja, para cada doença um agente etiológico, ressurgindo o conceito de multicausalidade. Os limites da unicausalidade para diminuir ou evitar o aparecimento das doenças propiciou o desenvolvimento de vários modelos fundados na idéia de multicausalidade, isto é, vários fatores são responsáveis pelo aparecimento das doenças. Esta noção foi dominante em epidemiologia no século XX.

A primeira concepção de multicausalidade destacou-se a partir de Gordon, em 1920, que com um modelo denominado de “balança”, apontava que a saúde é um estado de equilíbrio entre três fatores: o agente, o hospedeiro e o meio ambiente. No meio da balança, está o meio ambiente, nas laterais o agente e o hospedeiro e a doença pode surgir com o desequilíbrio entre ambos fatores laterais ou pela direção do meio ambiente (BARATA, 1985).

Esta concepção recebe críticas pela sua forma mecanicista de compreender o processo saúde-doença e por analisar os fatores isoladamente. Na década de 1940, associa-se outro fator, o psíquico, e retorna o social como atributo do homem, “que tem um corpo biológico, que também tem funções psíquicas e atributos sociais, tais como ocupação, renda, instrução e outros” (BARATA, 1985, p. 22).

Outro modelo foi desenvolvido por MacMahom, denominado de rede de causalidade, que admitia a relação de interação recíproca entre vários fatores envolvidos na causa da doença. As críticas a este modelo são, que “MacMahom assume o ponto de vista positivista, negando a possibilidade de conhecimento das causas” (BARATA, 1985, p. 23).

Leavell e Clark (1965) desenvolveram o modelo “mais acabado com relação ao conceito de multicausalidade”, denominado de Modelo Ecológico, descrevendo níveis de prevenção a partir da história natural de cada doença. Este modelo consiste na concepção de um sistema fechado formado por inter-relações entre fatores, regulado por um *feedback* e pelo meio ambiente que controla os agentes e hospedeiros. A redução do homem à sua condição animal e a falta de interpretação da realidade para transformá-la criam condições para críticas a este modelo, principalmente no final de 1960, reformulando a compreensão do processo saúde-doença, mais próxima das necessidades sociais.

A multicausalidade é forte até os dias de hoje, havendo estudos que utilizam este conceito, como norteador, atribuindo assim, a causa da doença a apenas este fator. No entanto, atualmente é impossível pensar

que uma doença tenha apenas um fator como causador, que a doença seja apenas multicausal, mas sim, que, vários fatores a determinam. A determinação social do processo saúde-doença, foi desenvolvida pela vertente da epidemiologia social e entende que a inserção do ser humano na estrutura e processo produtivo determina sua saúde e adoecimento. Este é o modelo adotado no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), para tentar entender a doença como processo subjetivo, que nem sempre tem um diagnóstico preciso, que possa ser medido (BLANK, 2007).

3 O DEBATE ATUAL SOBRE MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

Neste capítulo, apresenta-se um panorama do debate atual sobre modelo assistencial. Com o objetivo de identificar quais as principais concepções e entendimentos disponíveis sobre este tema na atualidade e as experiências e propostas alternativas voltadas para a reorientação do modelo assistencial hegemônico, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica em teses, dissertações, artigos e documentos publicados pelo Ministério da Saúde, constantes nas seguintes fontes: BIREME/BVS (BDENF, SciELO, LILACS, MEDLINE), Site da PEN e Biblioteca da UFSC. Foram consultados documentos publicados no período entre 1990 e 2009, considerando este intervalo, como um importante contexto de mudanças políticas e legais que transformaram os rumos do setor da saúde brasileira.

A busca foi realizada no período de dezembro de 2008 a dezembro de 2009, utilizando descritores do DeCS, como: “sistemas de saúde”, “saúde da família”; “promoção da saúde”; “atenção primária à saúde”, bem como consultou-se na BIREME/BVS as palavras-chave: “modelo assistencial em saúde”; “*safety promotion*”; “usuário da atenção básica” e “defesa da vida”. A pesquisa na base de dados, sobre modelo assistencial, seguiu os critérios de inclusão como: o período de publicação entre 1990 a 2009; a disponibilidade do texto na íntegra e nas línguas em português, espanhol e inglês e documentos que tratavam do tema modelo assistencial em saúde, abordando os diferentes conceitos, a caracterização e as alternativas apontadas pelos autores, para construção de um novo modelo.

O material selecionado constituiu-se de 63 artigos, 4 teses, 3 dissertações, 13 livros e 4 documentos/relatórios com relação a este tema. Os resultados desta pesquisa estão descritos parte neste capítulo e parte no artigo 1, apresentado no capítulo sete desta tese.

Identificou-se que a abordagem sobre modelo assistencial em saúde é ampla, envolvendo relatos de experiências, avaliação, críticas ao modelo hegemônico, diferentes conceitos e entendimentos e distintas propostas alternativas para mudanças no modelo assistencial.

Do material selecionado, puderam ser agrupados quatro principais temas: **conceitos de modelo assistencial, críticas à biomedicina e possibilidades de construção de modelos alternativos, multideterminantes de um modelo assistencial e a perspectiva do**

usuário contribuindo para o debate sobre a construção de um novo modelo assistencial.

3.1 CONCEITOS DE MODELO ASSISTENCIAL

No debate sobre modelo assistencial em saúde, foi possível verificar que há uma diversidade de interpretações dos autores que tratam do tema, resultando em diferentes conceitos a respeito do mesmo (LUCENA et al, 2006; CAMPOS, 1994a, 1994b; 2000; CECÍLIO, 1997; MALTA et al, 2005; FRANCO, 1999; MERHY e ONOCKO, 1997; MERHY, 2002; PAIM, 2003; MENDES, 1995, 2002, SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007).

Lucena et al (2006, p. 293) definem “modelo assistencial” como resultado de “uma construção histórica, política social, organizada num contexto dinâmico, para atender aos interesses de grupos sociais”. Apontam que este é o resultado de “uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde”.

Para as autoras, dois principais modelos têm sido identificados, o modelo clínico que nasceu no final do século XVIII e o modelo epidemiológico que começou a ser gestado após o surgimento das epidemias que predominaram nos séculos XVII, XVIII e XIX na Europa Ocidental (LUCENA et al, 2006). Neste contexto histórico, as autoras identificam o surgimento da sistematização do conhecimento da Enfermagem e as influências dos dois modelos descritos na profissão.

As autoras indicam também que, atualmente, os modelos assistenciais que contemplam os preceitos da Reforma Sanitária e do SUS são definidos como alternativos. Nesta perspectiva, os enfermeiros teriam melhores oportunidades para superar as influências do modelo biomédico em direção à construção de “novas tecnologias de trabalho”, sendo que o desafio da enfermagem seria o “cuidar para uma vida plena e digna, direito de todo o cidadão” (LUCENA, 2006, p. 296).

Campos (1994a, 1994b; 2000) é outro autor reconhecido por discutir modelos assistenciais e contribuir com propostas de mudanças, tanto no que diz respeito à gestão dos serviços e administração de espaços coletivos na saúde, quanto, com propostas para construção de um novo modelo assistencial em “defesa da vida”.

No Brasil, segundo Campos (1994a), pode-se identificar três modelos assistenciais, o modelo liberal-privatista, o racionalizador-reformista e o modelo do SUS, os quais, não necessariamente, significam uma ruptura com o modelo biomédico. O modelo biomédico tem sido implementado mesmo sob diferentes concepções de políticas de saúde e em diferentes processos históricos.

O modelo liberal-privatista, é baseado na concepção da saúde, como uma mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população. Neste modelo, “é o mercado que organiza a produção e distribuição de serviços de saúde” (CAMPOS, 1994a, p.54). O acesso aos serviços de saúde é feito mediante o pagamento pela assistência prestada, de forma direta, através dos seguros privados ou ainda pela Previdência Social. Destaca-se pela ausência de planejamento em saúde e os investimentos são proporcionais à possibilidade de lucro. O autor refere que, no Brasil, entre os anos 1970 e 1994, esse modelo permaneceu por mais de 20 anos em crise financeira, solicitando investimento do Estado. Tem pouco impacto nas condições de saúde e a distribuição de benefícios é desigual. Entretanto, esse modelo ainda é defendido por alguns setores da sociedade e por alguns médicos (CAMPOS, 1994a, p.55).

Com a crise do modelo liberal-privatista, outras alternativas foram sendo buscadas, como as Ações Integradas de Saúde e o SUDS, que apesar de não pretender substituir a lógica de produção de saúde segundo o mercado, introduziu o planejamento em saúde como sendo um instrumento mais eficaz e servindo como um contraponto para o modelo liberal clássico. Campos (1994a) caracteriza este modelo como racionalizador-reformista, constituindo-se em um caminho de modificação das políticas de saúde, cuja característica foi a racionalização da utilização dos serviços públicos de saúde.

O terceiro modelo, para este autor, estaria em construção e tem como fundamento teórico-político o que foi discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde e aprovado na Constituição Federal de 1988. Utiliza algumas bases do modelo biomédico, mas pretende superar a perspectiva de fragmentação do cuidado por meio de uma abordagem interdisciplinar, estimulando a percepção do indivíduo nas suas relações familiares e sociais. Estas indicações estão presentes nas diretrizes do SUS e foram resgatadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A conceituação de Campos (1994a, p. 53) para modelo assistencial é que, este deve ser entendido além de “um conjunto de

normas e de regras”, devendo ser conceituado como o “modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”.

Cecílio (1997, 2001) ao tratar do tema modelo assistencial o fez utilizando a denominação “modelo tecno-assistencial em saúde”. Destaca que, na literatura, a compreensão sobre modelos assistenciais em saúde, envolve abordagens apenas estruturais, deixando de ver as necessidades do usuário do serviço de saúde, o cotidiano e as características do processo de trabalho em saúde.

Este autor indica ainda, a necessidade de pensar novas formas de representar os fluxos de acesso aos serviços de saúde, substituindo a figura clássica de acesso, caracterizada como uma pirâmide, composta pelos níveis primários, secundários e terciários de assistência à saúde, os quais apresentam em certa medida, normas rígidas de acesso, contrapondo-se aos princípios de integralidade em saúde, humanização e responsabilização.

Na concepção do autor, o acesso ao serviço de saúde seria mais bem alcançado, se o desenho estrutural se transformasse em um círculo, onde as pessoas teriam acesso conforme suas necessidades, sendo a integralidade e a equidade os princípios norteadores no micro contexto do processo assistencial. Neste sentido, indica que, para uma efetiva equidade e integralidade, é necessário repensar as características da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e a construção de novos saberes e práticas em saúde. Assim, sua base de análise são as necessidades de saúde, entendidas como centro de intervenções e práticas de trabalhadores, equipes e serviços de saúde, capazes de ajudar na melhor escuta das pessoas que buscam cuidados de saúde (CECÍLIO, 2001)

Franco et al (1999) tratam do tema modelo assistencial, utilizando a denominação modelo tecno ou tecnico assistencial em saúde ou modelo médico. Relata a experiência de inversão do modelo tecno assistencial para a saúde, tendo como base, a diretriz operacional do acolhimento. A idéia é de que o acolhimento facilita para que os serviços de saúde sejam organizados pensando na perspectiva do usuário ou “usuário-centrada”, com princípios norteadores de humanização, solidariedade e cidadania.

Malta et al (2005), analisaram o modelo assistencial praticado na saúde suplementar com base em uma matriz analítica abordando as seguintes dimensões: objetivos, política de interesse, saberes tecnológicos, organizativa (gestão e gerência) e assistencial. Os autores

indicam que o modelo assistencial praticado nas operadoras da saúde suplementar, está centrado na pesquisa, no conhecimento biológico e no profissional médico. Os saberes tecnológicos utilizados pelas operadoras estudadas estão centrados em diversos campos, como os da clínica, com destaque para o modelo médico-hegemônico, Economia da Saúde, Administração, Epidemiologia Clínica (medicina baseada em evidência) e gerenciamento do cuidado.

Os autores apontam que a partir da década de 1980, essa realidade começa à mudar, sendo que nos Estados Unidos os planos de saúde começaram a contratar outros profissionais de saúde, com vistas à prevenção e à promoção da saúde. Este fato é explicado pelo fato de que o entendimento passou a ser de que, certas tecnologias de cuidado são melhores e mais baratas para os planos de saúde, do que cuidar com base em exames e medicamentos. Indicam a necessidade de discussão no âmbito da regulamentação e do modelo de assistência, que os planos devem adotar e o debate acerca da inclusão de novos profissionais com novos saberes, novas práticas e novas tecnologias de cuidado (MALTA et al, 2005).

A abordagem do modelo como tecno assistencial também é feita por autores como Merhy e Onocko (MERHY e ONOCKO, 1997; MERHY, 2002). Para estes autores, a abordagem de modelo assistencial insere-se no debate acerca das “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência é entendida como uma tecnologia de cuidado, que se opera por arranjos tecnológicos, definindo três tipos de tecnologias: a tecnologia leve, que se refere aos saberes e aos aspectos relacionais do processo de trabalho em saúde, tais como o vínculo e acolhimento, os saberes e a intencionalidade do sujeito cuidador; a tecnologia leve-dura, que são os saberes mais estruturados como a clínica; a tecnologia dura, que inclui os equipamentos tecnológicos tais como máquinas e instrumentos.

Verifica-se assim que estes autores entendem que no campo do processo de trabalho em saúde, o fator determinante na estruturação dos modelos, é o cotidiano das práticas assistenciais, o qual é reconhecido por eles como necessário para análise, pois a produção se dá no espaço da micro política de organização do trabalho, sendo todo o tempo um processo tenso, disputado e pactuado, o que resulta em certos formatos de funcionamento para os serviços.

Silva Júnior e Alves (2007) definem modelo assistencial como o modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou

seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. Na concepção dos autores, no mundo, existem diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde.

Paim (2003, p. 569) define modelos assistenciais ou modelos de atenção como “combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários”. O autor acrescenta ainda que convivem no Brasil, dois modelos assistenciais simultâneos, ora se complementando, ora em contradição: o modelo médico-assistencial privatista (modelos assistenciais voltado para a “demanda espontânea”) e o modelo assistencial sanitaria (voltado para as necessidades de saúde). Destaca algumas propostas alternativas em desenvolvimento para mudar o modelo assistencial, tais como: as ações programáticas em saúde, vigilância da saúde, estratégia saúde da família, promoção da saúde (políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis).

Mendes (1995, 2002) também faz uma relação da história das políticas públicas de saúde brasileira com a conformação do modelo assistencial, apontando que, historicamente, as políticas públicas de saúde e os modelos assistenciais no Brasil, foram afetados por interesses econômicos. Neste contexto o autor reconhece três modelos assistenciais: o modelo que predominou no início do século XX até o final dos anos de 1950, denominado de modelo sanitário ou modelo do sanitário campanhista, seguido do modelo médico assistencial privatista, na década de 1980 e atualmente o modelo segmentado vigente.

3.2 CRÍTICAS À BIOMEDICINA E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DE MODELOS ALTERNATIVOS

Temos assistido a um profícuo debate acerca do modelo assistencial em saúde no Brasil. Existem diversas reflexões e críticas ao modo de prestar a assistência às pessoas que necessitam de cuidados de

saúde, as quais ficaram mais explícitas a partir do final dos anos de 1970. Desde então, verifica-se na literatura, distintas alternativas que foram sendo construídas, principalmente em torno do processo de construção e implementação do SUS, em 1990.

Pode-se evidenciar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. Na década de 1920, com o incremento da industrialização no País e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Neste período destacou-se o Modelo Assistencial Sanitarista. Neste contexto, os trabalhadores organizaram, junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS).

A partir de 1930, a Política de Saúde Pública estabeleceu a instalação de centros e postos de saúde, para atender determinadas condições de saúde e doença, sendo criados os programas voltados para o pré-natal, a vacinação, a puericultura, a tuberculose, a hanseníase e as doenças sexualmente transmissíveis.

Em 1940, se estrutura a assistência médica previdenciária ou medicina científica, voltada para a assistência à doença, em seus aspectos individuais e biológicos, centrada no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo das tecnologias sociais e em 1950, a política de saúde pública reforçou o investimento em centros e postos de saúde, com programas verticais, ou seja, organizados em âmbito federal.

Em 1960, após o governo militar, desponta o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), expandindo-se o modelo biomédico de atendimento, as clínicas privadas e hospitais, o consumo de equipamentos e medicamentos, bem como, fortalecendo o financiamento e compra de serviços aos hospitais privados.

Em 1975, as críticas, em relação aos problemas decorrentes do modelo biomédico hegemônico foram significativas, a ponto de iniciar um processo de reorientação do modelo assistencial, resultando em um crescimento significativo nos últimos vinte anos, de proposições de políticas públicas de saúde, bem como, de propostas alternativas, no sentido de mudanças no modo de prestar a assistência à saúde (CAPRA, 1986; CAMPOS, 1994a, 1994b, 2000; MERHY, 1997, 2002; CECÍLIO, 1997; SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007; PAIM, 2003).

Não só no Brasil, mas também, internacionalmente, havia um debate sobre modelos de assistência que levassem em conta, as questões relacionadas aos limites da biomedicina, para o entendimento do processo saúde-doença. Prevaleceram propostas que enfatizavam a

racionalização do uso de tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente, sendo a mais difundida, a atenção primária à saúde ou medicina comunitária (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007). Apesar das críticas a essa proposta, que relacionavam a atenção primária à uma assistência simplificada e racionalizadora, considerada como uma “medicina pobre para os pobres”, no Brasil, essa proposta foi aceita, como possibilidade de acesso à assistência à saúde da população em geral. Experiências como a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em estados como a Bahia, Rio Grande do Norte e São Paulo, organização de Distritos Sanitários e ênfase na atenção primária.

A partir da década de 1980, várias críticas e experiências de governo originaram correntes tecno-políticas que contribuíram para o Movimento de Reforma Sanitária, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

As principais críticas ao modelo biomédico hegemônico, estão focadas no aspecto relacionado ao caráter reducionista do modelo, que apesar dos avanços científicos sobre o conhecimento do corpo, da anatomia, fisiologia e genética, tem se mostrado incapaz de compreender e enfrentar problemas complexos e multideterminados. Assim é necessário repensar um modelo alternativo de saúde, que possa dar conta das múltiplas dimensões do ser humano. Há ainda a divisão de algumas profissões com pouca comunicação entre si, como é o caso dos médicos que se ocuparam do tratamento do corpo e dos psiquiatras e psicólogos, do tratamento e cura da mente. Segundo Capra (1986, p. 134)

o hiato entre os dois grupos tem sido uma séria desvantagem para a compreensão da maioria das doenças importantes, porque impediu os pesquisadores médicos de estudarem os papéis do estresse e dos estados emocionais no curso das doenças. Só muito recentemente o estresse foi reconhecido como a fonte significativa de uma vasta gama de enfermidades e distúrbios, e o vínculo entre estados emocionais e doença, embora conhecido através dos tempos, ainda recebe pouca atenção por parte da classe médica.

Na concepção do autor, as questões filosóficas e existenciais com relação à enfermidade são evitadas pela medicina contemporânea, a qual se concentra exclusivamente nos aspectos físicos da saúde, sendo que a questão “o que é saúde? geralmente não é formulada nas escolas de medicina, com pouca discussão sobre atitudes e estilos de vida saudáveis (CAPRA, 1986 p. 137).

Várias alternativas foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS, nos anos de 1990, como a Ação Programática ou Programação em Saúde, os Sistemas Locais de Saúde, as Cidades Saudáveis ou Saudecidade e o Movimento em Defesa da Vida. As alternativas articulam-se entre si, com diretrizes consensuais, tais como: noção de território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura e vive a história. A necessidade da abordagem interdisciplinar, por meio da epidemiologia, ciências sociais, clínica e educação em saúde, a política intersetorial, com a formulação de políticas saudáveis para as cidades e a gestão democrática (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007).

Com a finalidade de resgatar os princípios do SUS e articular estas diferentes propostas alternativas que foram se conformando entre a década de 1980 a 1990, surge uma proposta para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia Saúde da Família (ESF). A implementação desta estratégia ampliou o debate principalmente sobre os investimentos na rede básica e a questão do acesso. A forma de organização e hierarquização das redes assistenciais e a idéia da complexidade crescente, em direção ao topo da “pirâmide assistencial”, ou seja, hospital no topo e rede básica (ESF) como porta de entrada do sistema de saúde, tem estimulado reflexões sobre como promover a articulação entre os diferentes níveis de assistência e assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007, CECÍLIO, 1997, 2001, CAMPOS, 1994b).

Nos artigos, teses e dissertações analíticas que tratam de um novo modelo assistencial, identifica-se que a maioria desses estudos, aborda o modelo assistencial no contexto da ESF, como possibilidade de mudança, evidenciando assim o crescimento da produção teórica sobre este tema, nos últimos quinze anos. Este fato pode ser explicado pelo processo de implementação da ESF, o qual impulsionou novas atitudes e movimentos na prática dos serviços de saúde, implicando em reflexões e debates sobre o assunto. No entanto, não significou necessariamente uma ruptura com o modelo biomédico.

Diversos desafios têm sido analisados, no contexto da ESF, como o preparo profissional para desempenhar as atribuições da estratégia, os desdobramentos que ocorrem na implementação da proposta, as dificuldades de diálogo interdisciplinar, os desafios do trabalho com a família e a permeabilidade da estratégia ao modelo biomédico. Sena e Cohen (2002) analisaram o impacto produzido pela implantação da Estratégia Saúde da Família na organização dos serviços locais do município de Niterói/RJ, observando: a relação com o sistema local de saúde; a questão do controle social e a gestão de recursos humanos em saúde. Entende-se que o modelo assistencial não é dado a priori, mas construído no cotidiano das relações políticas entre atores sociais com graus diferenciados de incorporação de suas demandas pelo poder público, sendo possível apreender diferentes modelos.

Teixeira (2002, p. 154) aponta a necessidade de construção de modelos de atenção à saúde, que considerem “a heterogeneidade das condições de vida dos diversos grupos sociais, bem como a diversidade de situações existentes, nas diversas regiões, estados e municípios brasileiros com respeito à organização e gestão do Sistema Único de Saúde”.

Algumas teses produzidas após a implantação da ESF em 1994 fazem investigações com relação ao potencial e desafios desta estratégia para mudança do modelo assistencial. Ribeiro (2005) investigou os desafios de médicos e enfermeiras para estabelecer e concretizar o vínculo de compromisso e co-responsabilidade proposto nas diretrizes da ESF. A autora evidenciou que o vínculo sofre influências ou determinações do macro, meso e micro contexto e que o modelo de atendimento vigente na realidade investigada foi o biomédico, o qual vem sendo validado pela gerência, pela população e pelos médicos e enfermeiras, o que tem influenciado de modo negativo a concreticidade do vínculo.

Scherer (2006) estudou a interdisciplinaridade na Saúde da Família, como estratégia para a construção de um novo modelo assistencial em saúde. Analisou as práticas dos profissionais de saúde, que participaram de um Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na Região Sul do Brasil, buscando compreender as possibilidades de construção da interdisciplinaridade, a partir das percepções e expressões dos residentes e supervisores. A autora concluiu que, para novas práticas, parece necessário o desenvolvimento de competências para lidar com a complexidade dos problemas e do trabalho em saúde, que envolve profissões, disciplinas e paradigmas

diferentes. A interdisciplinaridade dependeria predominantemente da atitude dos sujeitos, do contexto institucional, mas também da gestão do trabalho no cotidiano, com os profissionais e os usuários.

Fertonani (2003), em sua dissertação, desenvolveu um estudo que buscou identificar o potencial da Estratégia Saúde da Família (ESF) no sentido de superar o modelo assistencial hegemônico em saúde. A pesquisa mostrou que, apesar das diretrizes da ESF serem inovadoras e com potencial para mudanças do modelo biomédico em direção a um novo modelo assistencial em saúde, o trabalho desenvolvido nas equipes da estratégia, continua organizado a partir das doenças, das decisões do médico e ausente de trabalho em equipe. Sofre influências dos gerentes das unidades, da pressão da demanda por atendimento e dos relatórios de produtividade exigidos pelo programa, que estabelecem um número mínimo de atendimento mensal, que são padronizados e seguem a lógica biomédica.

Na pesquisa citada, verificou-se, ainda, que, na implementação da proposta pelas equipes, a prioridade é para o atendimento aos sintomas e queixas imediatas da população, priorizando os grupos de risco como os idosos, hipertensos, diabéticos e acamados, excluindo os demais grupos como adolescentes e adultos saudáveis, de ações de promoção da saúde ou de prevenção. O ritmo de trabalho verificado na pesquisa é esgotante, resultante dos esforços dos trabalhadores de saúde para dar conta da demanda espontânea daqueles que buscam nos serviços, o atendimento às suas queixas (FERTONANI, 2003).

Algumas propostas de mudanças na organização das práticas assistenciais no contexto hospitalar foram encontradas na literatura. Matos (2006) investigou a potencialidade da interdisciplinaridade para promover novas formas de organização do trabalho assistencial e identificou que a organização do trabalho em equipes interdisciplinares propiciou a construção de um projeto compartilhado de atenção ao usuário, visando a integralidade da atenção à saúde, além de melhorias nas relações entre trabalhadores, maior satisfação e aproximação destes com os resultados do trabalho.

Capella (1998) contribuiu com uma nova proposta de superação do modelo biomédico no âmbito da assistência de enfermagem. A autora trabalhou em sua tese de doutoramento um novo modo de assistir em enfermagem para o trabalho hospitalar, construindo a partir de um debate coletivo com participantes de equipes de enfermagem, a proposta de “um modo humanizado de prestar o cuidado”. O modelo prevê a participação de todos os envolvidos no processo assistencial de

enfermagem - enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sujeitos do cuidado e famílias em todas as etapas do processo, da concepção à avaliação da assistência, com o objetivo de provocar mudanças na forma de atender os sujeitos, para uma forma mais completa e humanizada.

Assim, há um debate intenso sobre alternativas para construir ou implementar um novo modelo assistencial em saúde. No entanto, um modelo assistencial em saúde se constitui por influência de diversos determinantes presentes em cada momento histórico de determinada sociedade. Vejamos a seguir, como estes se elementos se configuram.

3.3 OS MULTIDETERMINANTES DE UM MODELO ASSISTENCIAL

São várias as influências e desafios para se produzir um modelo assistencial em saúde. Pires (2008, p. 19) indica que além do cotidiano do trabalho em saúde, outras influências podem ser verificadas no processo de construção/reconstrução do “modelo assistencial”, indicando que a estrutura assistencial institucional em saúde, em cada momento histórico, é influenciada por diversos fatores como:

a) a cultura e o paradigma de ciência das diversas sociedades que, em cada momento histórico, influenciam o modo de entender o processo de saúde-doença, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas;

b) a história da organização das profissões do campo da saúde;

c) os conhecimentos científicos já acumulados e os recursos tecnológicos disponíveis;

d) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico;

e) o grau de organização político-sindical dos trabalhadores de saúde;

f) o arcabouço legislativo relativo ao papel do Estado no setor e as relações de trabalho;

g) as demandas das classes sociais e de grupos em relação à saúde, sua capacidade de influenciar nas decisões e de obter conquistas.

Acredito que os fatores, citados pela autora, contribuem para a compreensão sobre o processo de constituição de um modelo assistencial em saúde. O peso e a capacidade de influência que esses

diferentes fatores exercem, combinados ou não, sobre o modelo assistencial, condicionam um determinado modo de prestar assistência à saúde, que se expressa através da organização e distribuição dos serviços pelo Estado, o modo de produção das ações de saúde, divisão e gerenciamento do trabalho e as regras e normas de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Assim, o modelo assistencial em saúde, é parte de uma totalidade, ou seja, resulta da organização da sociedade atual capitalista, dos movimentos que ocorrem nas políticas públicas de saúde, da concepção teórica de saúde e da perspectiva do usuário e dos modos de compreender e vivenciar a doença, do acúmulo de conhecimento, da formação dos profissionais de saúde e da organização dos serviços de saúde.

Além dessas influências macro sobre o modelo assistencial em saúde, fatores intrínsecos ao cotidiano do trabalho em saúde, como as relações entre pessoas, o envolvimento e a co-responsabilização (dos profissionais de saúde e dos usuários) na atenção à saúde, bem como o vínculo, acolhimento e humanização das práticas assistenciais, constituem-se em elementos que também interferem no modelo assistencial (CAMPOS, 1994a, CECÍLIO, 1997).

Considerando que usuário é um ser humano, que vive em um ambiente social, interagindo e se relacionando com diversos elementos da vida humana, este processo resulta em necessidades diversas, como necessidade de segurança, de diminuição de riscos e vulnerabilidade e necessidades culturais, dentre outros.

A seguir, com base nos elementos condicionantes formulados por Pires (2008) e Campos (1994a), foi possível formular um desenho (figura 1) que caracteriza um “modelo assistencial”, recebendo as diversas influências resultantes dos movimentos que acontecem na realidade dos serviços de saúde, na sociedade atual brasileira, sob a hegemonia do sistema capitalista.

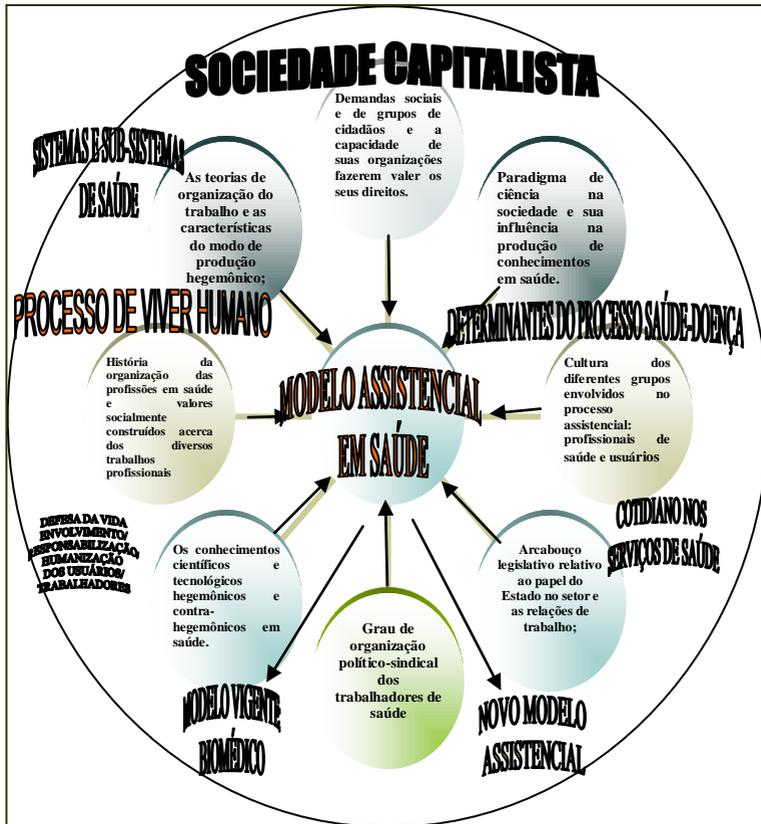


Figura 1 – As influências dos diversos elementos macro e micro-social no processo de trabalho, incidindo sobre o movimento de construção de um novo modelo assistencial em saúde, na sociedade brasileira atual, com base nos determinantes apontados por Pires (2008) e Campos (1994a).

Como se pode observar são diversos e complexos os multideterminantes envolvidos na configuração de um modelo assistencial. O modelo teórico explicativo de “modelo assistencial” apresentado acima, possibilita pensar sobre quais aspectos devemos olhar para a construção de um novo modelo assistencial. Os diversos determinantes sócio-histórico-culturais e teóricos, em relação à saúde,

influenciam ora no sentido da conservação do modelo tradicional, ora no sentido de um novo modelo. Neste processo, como tudo na história é dinâmico e em transformação, a hegemonia do paradigma biomédico na saúde, pode se pensado quanto à sua perspectiva para transformações.

Por um lado, se estes determinantes são desafios inerentes ao processo de construção ou mudanças no modelo assistencial, por outro lado, o debate teórico, as políticas públicas de saúde e as conquistas de direitos dos cidadãos na sociedade e na saúde, sinalizam discretos movimentos em direção à mudança neste modelo.

3.4 A PERSPECTIVA DO USUÁRIO CONTRIBUINDO PARA O DEBATE SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL

Alguns estudos têm apontado que, para construção de um novo modelo assistencial, é necessário considerar dois principais aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários (CECÍLIO, 2001; FRANCO et al, 1999). Pensando na relevância de se refletir sobre as necessidades dos usuários, é possível pontuar algumas questões, quais sejam: como criar novas formas assistenciais de saúde, que se pautem pela perspectiva do usuário da atenção à saúde? Quais ações assistenciais se aproximam das necessidades decorrentes de problemas gerados pela complexidade do viver humano? Como os modelos de assistência podem romper com a fragmentação do cuidado e incluir nas ações assistenciais o olhar para a defesa da vida, dos ambientes seguros e saudáveis? Como pactuar um modelo baseado nos pressupostos de acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculo e integralidade da assistência?

Neste aspecto, Cecílio (2001, p. 2) refere a importância de “trabalhadores, equipes, serviços ou rede de serviços fazerem uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados de saúde”. Assim, o encontro entre o profissional de saúde e o usuário, deve ser mediado pela tradução de suas necessidades de saúde, considerando que o usuário quando procura o serviço de saúde, traz consigo uma ‘cesta de necessidades’, que pode ser por ações tecnológicas, mas também por ações voltadas às necessidades não contempladas pela biomedicina. Desta maneira, a valorização de uma prática assistencial é definida a partir da necessidade de cada pessoa, em determinado momento de sua vida.

A antropologia da saúde tem sido bastante útil para o entendimento das necessidades de saúde de um indivíduo, com foco na relação cultura/saúde. Helman (2003, p. 104) destaca que, os indivíduos quando adoecem, possuem uma percepção individual e particular sobre a doença e respondem a essa situação a partir de suas experiências subjetivas. Estas respostas são baseadas no que representa para si a mudança na sua aparência corporal, nas funções do seu corpo, na perda ou deficiência de movimentos, no prejuízo de sua fala, surdez ou cegueira, na presença da dor ou alterações emocionais. Portanto, há uma resposta subjetiva deste indivíduo ou de sua família, composta de significados particulares com relação à doença, que são influenciados pela cultura, personalidade, contexto cultural, social e econômico.

Outro aspecto a ser destacado, refere-se ao fato de que são insipientes as discussões sobre o entendimento do usuário com relação ao modelo assistencial em saúde, sendo que diversos estudos têm sido desenvolvidos buscando compreender aspectos da satisfação do usuário com o serviço de saúde. Costa et al (2008), realizaram uma análise reflexiva dos métodos de avaliação em saúde, em uma perspectiva do cuidado, segundo as necessidades dos usuários. Para os autores, várias são as formas e abordagens dos processos avaliativos na busca de uma melhor apreensão do objeto de avaliação; neste contexto, a satisfação do usuário surge como um indicador de qualidade dos serviços de saúde, ligada à maior adequação e promoção de mudanças nas práticas de saúde.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), baseada em princípios como a integralidade, o cuidado à saúde, a humanização, a participação popular e a satisfação do usuário, espera-se que estes elementos possam superar o modelo assistencial hegemônico. Neste contexto, o autor pontua que, a presença do usuário no processo avaliativo irá permitir remodelar as práticas de saúde, tornando-as mais humanas, acolhedoras e, conseqüentemente, mais resolutivas (COSTA et al, 2008).

Melo (2000), desenvolveu uma dissertação sobre as perspectivas dos usuários de uma determinada comunidade de um município do Estado de Pernambuco, sobre os cuidados em saúde e a partir dessas, analisou as consonâncias e dissonâncias existentes em relação à dimensão cuidadora do modelo técnico-assistencial adotado no Município, oferecendo subsídios para avaliação e planejamento de saúde dos serviços de saúde. A pesquisa teve como pressuposto que, as necessidades dos usuários em relação ao cuidado em saúde são apenas parcialmente atendidas no planejamento, gestão e na assistência,

evidenciadas pela ausência da discussão sobre o potencial constitutivo das representações desses para a conformação das práticas assistenciais de saúde, ainda que isso ocorra de forma não-organizada e "invisível". E ainda que, através da prática assistencial prestada aos usuários, pode-se abstrair a forma como a dimensão cuidadora é tratada na formulação e implementação do modelo técnico-assistencial de saúde. A gestão e assistência realizadas no nível local atuam no cotidiano da população e como tal mostram-se como espaços privilegiados para lidar com as singularidades próprias do humano ainda pouco considerado no setor saúde. Quanto aos resultados, a autora identificou que na realidade estudada, saberes-práticas-poderes do senso-comum e do técnico-científico permanecem andando em paralelo. Na perspectiva dos usuários, o diálogo entre esses saberes ainda se mostra como algo a ser construído na assistência.

Um artigo de Vaitsman e Andrade (2005) faz uma discussão sobre os conceitos operacionais de satisfação e responsividade, humanização e direitos do usuário, relacionando com as discussões sobre a avaliação de serviços e sistemas de saúde com base no usuário e seus direitos. Enquanto as pesquisas de satisfação deram destaque ao lugar dos usuários nos serviços e sistemas de saúde, o conceito de responsividade fortaleceu sua posição, como indivíduo cidadão e sujeito de direitos. Esse arcabouço conceitual e metodológico é parte de um paradigma de direitos aplicado também na área da avaliação da qualidade e da assistência à saúde.

Foi a partir do final dos anos 70, num contexto de transformações econômicas, políticas e culturais, tanto na Europa como nos EUA, que cresceu o interesse pela satisfação dos indivíduos em relação às práticas de saúde (CONILL et al, 2007).

Satisfação do paciente ou do usuário pode ser definida como as avaliações positivas de dimensões do cuidado à saúde e existem vários modelos para realizar esta medida, com base nas percepções do usuário, nas expectativas, valores e desejos (CONILL et al, 2007).

Segundo Ware et al (1983) in Conill et al (2007), a medida da satisfação dos usuários trata de avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde que são dispensados. Outros autores, como Donabedian (1980) considera que a satisfação pode ser apreendida na reação dos usuários frente ao contexto de experiência a determinada prática assistencial ou serviço de saúde.

Para Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente é um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde a ser complementada

com a avaliação do médico e a da comunidade. Reforçando este postulado, Favaro e Ferris (1991) mostraram que a perspectiva do usuário, com base no estudo da sua satisfação, é essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção.

Mensurar a satisfação tem sido motivo de debate, com relação a qual metodologia seria mais eficiente, advindos de muitos problemas conceituais e operacionais, como por exemplo, em que momento do atendimento o usuário deve ser abordado e que tipo de pergunta utilizar (CONILL et al, 2007).

Frequentemente as críticas às pesquisas de satisfação recaem sobre o aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, que sofre influência de grande variedade de elementos determinantes, tais como o grau de expectativa e exigências individuais em relação ao atendimento e características individuais do paciente, como idade, gênero, classe social e estado psicológico (CONILL et al, 2007).

Explicações sócio-psicológicas têm sugerido que os níveis de satisfação são moldados por diferenças entre as expectativas dos pacientes sobre o serviço e a atenção recebida. Entretanto, pesquisas recentes têm demonstrado que a expectativa é um conceito complexo, assim como a ausência dela, como, por exemplo, quando há possibilidade dos pacientes terem aprendido a diminuir as suas expectativas quanto à atenção oferecida, ou quando um serviço que tenha recebido uma boa avaliação for resultado de uma baixa capacidade crítica dos usuários, ou o contrário (CONILL et al, 2007).

Com fins de superar essas limitações, novos caminhos foram trilhados e a necessidade de desenvolver aproximações qualitativas de investigação, que levassem em conta a subjetividade dos usuários foram incorporadas (CONILL et al, 2007).

Nesse sentido, as metodologias que incorporam a visão do usuário são vistas como parte de um paradigma no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como expressos nos conceitos de humanização e direitos do paciente (VAITSMAN e ANDRADE, 2005).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A discussão acerca de um novo modelo assistencial que considere a complexidade do viver humano e as necessidades de saúde decorrentes deste processo requer a associação de diferentes bases teóricas, que nesta pesquisa, estão articuladas em seis eixos, que se complementam, a saber: a) o conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), b) a Política Nacional de Promoção da Saúde; c) a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1994; 2006a; 2006b); d) a proposta de *Safety Promotion/Safety Communities (Promoção da Segurança/Comunidades Seguras)*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), proposta por Maurice et al (1998) e descrita por Svanström (2006), e) o princípio de defesa da vida de Campos (1994b) e f) a Antropologia da Saúde (LANGDON, 2001; HELMAN, 2003; KLEINMAN, 1980). Estes eixos estão organizados em articulação entre eles, considerando que este conjunto de ações compõe um desenho para auxiliar na compreensão da construção de um novo modelo assistencial em saúde.

A escolha deste referencial foi orientada sob o olhar do materialismo histórico dialético, pelo seu potencial crítico reflexivo para interpretar a realidade e o modo como as ações de saúde são produzidas, situando o micro social na sua relação dialética com a totalidade. Para o materialismo histórico, “não é a consciência dos homens que determina seu ser, mas ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência” (BUSSOLA, 1998, p. 47). O materialismo histórico não é apenas uma teoria de interpretação da história, mas também uma teoria de como se faz a história, investigando as organizações sociais, a relações dos indivíduos e destes com o resto da natureza. A característica essencial do materialismo é a interconexão entre objetos e fenômenos, e a impossibilidade de existirem isolados, configurando uma totalidade concreta.

A dialética é um termo, que provém do grego, *dialégoi*, que origina o termo *dialektiké* ou dialética, cujo significado é de discursar, argumentar, dialogar e compreender. Para Minayo (1993, p. 24), no método da dialética, a fala dos atores sociais é situada, em seu contexto, para melhor ser compreendida, incluindo determinações fundamentais de uma sociedade, como conjunturas sócio-econômicas e políticas, da qual faz parte, o grupo social a ser estudado. Ou seja, a abordagem dialética "se propõe a abarcar o sistema de relações que

constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo de seus significados".

A dialética na ótica materialista é explicada por três leis, tais como:

a) unidade e luta dos contrários, que é o núcleo, a essência do método dialético. A matéria é o princípio de todas as coisas e se encontra em contínuo movimento, gerado por suas contradições internas, dos opostos ou contrários, que se chocam e se renovam num eterno vir-a-ser. O desenvolvimento de objetos e processos ocorre dialeticamente, através de progressos e regressos;

b) transformação da quantidade em qualidade, onde na luta dos contrários, nesse choque permanente, o velho dá lugar ao novo, com mudanças graduais de quantidade que ao atingirem certa medida, provocam uma mudança de qualidade – salto qualitativo;

c) negação da negação, na qual se entende que há sempre uma tendência nos indivíduos e grupos, a negação ao novo, da velha qualidade pela nova qualidade, surgida da velha. Quando há um salto qualitativo, o novo nega o velho que, ao envelhecer, é também negado pelo outro novo que lhe sucede, proporcionando mudanças e desenvolvimentos ininterruptos, mais lentos às vezes, mais rápidos, outras, mas sempre numa espiral ascendente (LEFEBVRE, 1995; SUCUPIRA, 1984).

Nesta pesquisa, o grupo social a ser estudado foi constituído pelos usuários, que recebem os cuidados prestados pelas equipes de saúde da ESF, os quais vivenciam no seu cotidiano, diferentes modos de receber assistência e de entender o processo saúde-doença, expressando diferentes e particulares necessidades de saúde. Busca-se identificar, nas ações de saúde desenvolvidas nessa estratégia, no contexto de uma totalidade histórico social do SUS e de uma sociedade capitalista, o contínuo movimento resultante do choque permanente da convivência entre o velho e o novo, ou seja, um modelo assistencial em saúde ainda hegemônico e um novo modelo em construção, expresso na ESF. Neste contexto, pode-se refletir sobre possibilidades para um salto qualitativo, ou seja, para a reorientação do modelo assistencial segundo o prescrito na Estratégia Saúde da Família e na Política Nacional de Promoção da Saúde.

O processo de trabalho é uma ação do ser humano sobre determinado objeto, utilizando suas capacidades mentais e físicas para transformá-lo. Para Marx (1982, p. 202) o trabalho é “um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano

com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Neste contexto, o ser humano é um ser social, histórico, criativo, com capacidade de refletir, dialogar e realizar a práxis, numa interdependência, entre sociedade e indivíduo, que se constroem mutuamente em processos, ao mesmo tempo, de antagonismos e de complementaridades.

Este ser humano é uma totalidade, um conjunto de necessidades biopsicossociais e que tem capacidades de consciência crítica e de autonomia no seu cuidar. Para Capella (1998), é um ser natural, submetendo-se às leis da natureza e dependente delas para sobreviver. Para Freire (2002), o ser humano tem a capacidade de construir, desconstruir, refazer, pensar, agir e refletir sobre suas ações, criando sua própria história. Durante sua vida, se depara com limites e desafios. A partir de uma consciência crítica, poderá transpor esses limites, dependendo de como se sente estimulado e movido de esperança para tanto.

4.1 O CONCEITO DE SAÚDE ELABORADO NA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (1986)

O conceito de saúde elaborado em 1986 foi resgatado nesta pesquisa, por representar conquistas na saúde, ao abordá-la como direito de todos e dever do Estado, além de seu amplo significado, de que saúde é resultado das diversas condições de vida, as quais interferem no processo saúde-doença. Este conceito foi resultado de movimentos de reivindicação pelos direitos à saúde.

Há que se considerar que o conceito de saúde e doença “reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural” (SCLAR, 2007, p.30). Depende de valores individuais, sociais, das concepções científicas, religiosas e filosóficas expressos em cada sociedade que se destacou a longo da história. Assim, o enfrentamento da doença, pode ser de várias formas e baseado em diferentes conceitos e significados acerca da doença e da saúde. Nesse sentido, em diversos países, podem-se apreender diferentes conceitos com relação à saúde, os quais foram sendo formulados e reformulados, ao longo da história.

A medicina grega representou uma importante inflexão na maneira de entender a doença, sendo que várias divindades estavam vinculadas à saúde. Os gregos cultuavam duas deusas, Higiéia e

Panacea. Higiéia representava a deusa da saúde e da razão, e o seu culto, como sugere o nome, a valorização das práticas higiênicas. Panacéia representava a idéia de que tudo pode ser curado, sendo que os métodos utilizados eram pelo uso de plantas e de métodos naturais, além dos procedimentos ritualísticos.

Com Hipócrates, considerado o pai da Medicina e seus famosos escritos chamados “Corpus Hipocráticus”, identifica-se uma visão racional da Medicina contrapondo-se à visão mágico-religiosa. Na concepção de Hipócrates, havia uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade, discutindo os fatores ambientais ligados à doença e defendendo um conceito ecológico de saúde-doença. No texto intitulado “A doença Sagrada”, verifica-se a seguinte afirmação: “a doença chamada sagrada não é em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana” (HIPÓCRATES apud SCLiar, 2007, p. 32).

Hipócrates valorizava a observação empírica e suas observações não se limitavam ao doente, mas a seu ambiente. O filósofo pontuou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue e a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Galeno (129-199) revisitou a teoria humoral, ressaltando a importância dos quatro temperamentos no estado da saúde e sua compreensão da doença, é de que estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida, que levassem ao desequilíbrio.

Na Idade Média européia, “a influência da religião cristã manteve a concepção da doença, como resultado do pecado e a cura como questão de fé”. Mas com a modernidade muda-se essa concepção religiosa, destacando-se alguns cientistas que influenciaram o conceito de saúde. Paracelsus (1493-1541) “afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo” (SCLiar, 2007, P. 33). Nessa época, a Química começava a se desenvolver e influenciava a medicina, especialmente na parte medicamentosa. O desenvolvimento da Mecânica influenciou as idéias de René Descartes, no século XVII. Ele postulava um dualismo mente-corpo, o corpo funcionando como máquina. Paralelamente, o desenvolvimento da Anatomia, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos.

No final do século XIX registrou-se a revolução pasteuriana, caracterizada pela descoberta das vantagens do microscópio (existente desde o séc. XVII) e pela revelação da existência de microorganismos

causadores de doença, o que possibilitou a introdução de soros e vacinas. Este conhecimento impulsionou a medicina tropical e o surgimento da Epidemiologia e da Estatística, para controle das doenças endêmicas e epidêmicas. “Se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números – os sinais vitais – o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social que teria seus indicadores” (SCLIAR, 2007, p. 34).

A estatística foi bem acolhida na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Inglaterra e Escócia, surgindo diversos relatórios que demonstravam a relação das condições sanitárias, sociais e de vida com a saúde. Destacam-se Reené Villerme (1826) em Paris, que publicou um relatório analisando a mortalidade nos bairros de Paris condicionada ao nível de renda, Willian Fairr (1807–1883) na Inglaterra, Edwin Chadwick em 1842, na Inglaterra e Escócia e Lemuel Shattuck em 1850, nos Estados Unidos, que corroboraram esta relação em relatórios e relatos, publicando as desigualdades entre sadios e não-sadios, condições de trabalho, renda e ambiente, dentre outros (SCLIAR, 2007).

Com a criação de um sistema de seguridade social e de saúde, primeiramente na Alemanha e depois na França e na Grã-Betanha, começa a consolidar a idéia de intervenção do Estado na área de Saúde Pública. Após a Segunda Guerra Mundial, em 1941, surge o Sistema Nacional de Saúde. No entanto não havia consenso universal entre as nações, do que seria saúde. Somente em um organismo internacional, que este conceito vai ser formulado, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O conceito de saúde da OMS, divulgado na carta de princípios, de 7 de abril de 1948, considerado atualmente como o dia mundial da saúde, pontua que a “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Sua concepção implica no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde. Este conceito refletiu também a reivindicação social do pós-guerra, num contexto de direito à uma vida plena e sem privações (SEGRE e FERRAZ, 1997, SCLIAR, 2007).

Contudo, a amplitude do conceito da OMS acarretou críticas, tanto técnicas como de natureza política, pelo fato de que neste conceito, a saúde seria algo ideal e inatingível (SCLIAR, 2007). Para Segre e Ferraz (1997, p. 539), o conceito de saúde da OMS traz uma definição irreal e utópica, porque se refere a um perfeito bem-estar. O autor questiona “o que é perfeito bem-estar?” É possível caracterizar a

perfeição? Na concepção do autor, há um caráter subjetivista presente, portanto sujeito as crenças, valores, contexto, linguagem e da experiência das pessoas.

Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977), que afirma que saúde é ausência de doença. Exprime uma tentativa de situar a condição objetiva da doença, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas e sem juízo de valor. Em 1978, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, em Alma-Ata (atual Cazaquistão) promovida pela OMS, houve uma expansão do conceito de saúde. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação e saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde. Devem ser adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região e devem incluir educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais (SCLiar, 2007).

Por outro lado, verificam-se críticas ao conceito de cuidados primários, pois envolve uma proposta racionalizadora e política, no sentido de propor o que foi considerado como uma tecnologia simplificada e com juízo de valor.

No Brasil, na década de 1980, as questões econômicas, de desigualdades no acesso à saúde e das relações entre condições sanitárias e saúde, geraram críticas que impulsionaram a definição de um conceito de saúde, que tem sido reconhecido pelos profissionais de saúde e pelas políticas públicas de saúde.

Nas primeiras décadas do século 20, a economia no país, se constituía pela agricultura e exportação e o modelo de atenção à saúde, restringia-se a uma política sanitária de cunho coletivo, que consistia na promoção de campanhas para erradicação e controle de endemias e epidemias e por medidas de saneamento do espaço urbano, onde se dava a circulação econômica de mercadorias (MENDES, 1995).

Nesta época surge, também, um sistema de proteção social, formado pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões, que darão origem a Previdência Social e resultaram da necessidade de proteção da força de trabalho em casos de morte, bem como de assistência à saúde.

A Previdência Social sustentava o atendimento aos trabalhadores do setor de serviços e do setor industrial emergente, destacando-se os ferroviários, os marítimos, os comerciários, os bancários, os servidores do Estado, os trabalhadores em transportes e cargas e os industriários (MENDES, 1995). Os benefícios previdenciários eram diferenciados por grupos, dependendo do peso político e econômico de cada grupo, sendo que só estavam incluídos os trabalhadores com emprego formal nestes setores. As demais parcelas da população não estavam abrigadas em um sistema de proteção social, sendo atendidas pelas ações coletivas do Estado ou pelas instituições beneficentes.

O modelo de assistência à saúde nas práticas campanhistas era centrado no controle das doenças transmissíveis, portanto, o foco era a população e a base teórica eram os conhecimentos hoje identificados como a patologia, a epidemiologia, a imunologia e os conhecimentos sobre a estrutura urbana, condições de vida, saneamento e moradia. O modelo assistencial do sistema previdenciário era focado na atenção individual, na doença e nos “órgãos doentes”, tendo por base a anatomia, a fisiopatologia e a farmacologia. O hospital passa a constituir-se cada vez mais, como espaço central de assistência à saúde. Este modelo ganha força com o processo de industrialização dos anos de 1950, pois atende a necessidade de manter as condições de saúde dos trabalhadores necessários ao trabalho industrial. Campos (1994b) referiu-se a essa situação como o paradoxo da saúde pública no Brasil, pois à medida que avançava o desenvolvimento econômico, reduziam-se os investimentos na saúde coletiva.

Nos anos de 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, criam-se condições favoráveis para a uniformização dos benefícios, o que ocorre juntamente com centralização dos recursos no governo federal e com a criação do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) em 1966, sendo que o modelo continuou privilegiando a prática médica curativa, individual, especializada e hospitalar.

A crise econômica e política a partir de meados de 1970, agravada pelas denúncias de corrupção do sistema, geram condições para a emergência de movimentos que criticavam a política de saúde e o modelo assistencial vigente. Esses movimentos reivindicavam o direito à saúde e acesso aos benefícios sociais para o conjunto da população brasileira. “O final dos anos 70 coincide com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista” (MENDES, 1995, p.31) dando início ao

chamado movimento contra-hegemônico da saúde, que culminou na reforma sanitária brasileira.

Os movimentos e críticas iniciados na década de 1970, no Brasil, com relação às políticas públicas de saúde e aos modelos assistenciais (modelo sanitário e médico assistencial privatista) que predominaram no século XX geraram condições para a reivindicação da população ao direito à saúde e de acesso aos benefícios sociais, caracterizando-se no que foi chamado de movimento contra-hegemônico da saúde (MENDES, 1995). Este movimento culminou na reforma sanitária brasileira. Paim (2003, p. 568) pontua que o modelo médico assistencial privatista é “predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, além de não se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população”.

As críticas foram fundamentais para a conquista das mudanças no aparato legal relativo à saúde, no fim dos anos de 1970 e início dos anos de 1980. Participaram vários atores, dentre eles destacaram-se os profissionais de saúde, sindicalistas, o movimento popular, professores e alunos envolvidos nas atividades dos Departamentos de Medicina Preventiva de algumas Universidades brasileiras e setores de partidos políticos identificados com os ideais de esquerda. Além disso, várias publicações em congressos e eventos no país foram contribuindo para a construção da base político-ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira. Estes atores estiveram presentes no evento mais importante para a saúde brasileira da década de 1980, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, influenciando decisivamente nos rumos do setor saúde.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, o entendimento de saúde foi ampliado, gerando um novo conceito. A saúde passou a ser entendida como o resultado das diversas condições de vida da população brasileira que vivendo sob o modo de produção capitalista, sofre as conseqüências das desigualdades sociais que interferem no processo saúde-doença. Nesse sentido, a saúde passou a ser entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, tempo livre, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988). Esses aspectos orientaram a Assembléia Nacional Constituinte, que em 1988 aprovou a nova Constituição Federal, com uma nova visão teórica e política sobre saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 133).

A Constituição de 1988 propiciou a criação de um Sistema de Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao definir o Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição Federal de 1988, no artigo 198 pontua que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Estas diretrizes são tomadas como orientadoras na organização e funcionamento do sistema de saúde, com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades do usuário. Complementando estas diretrizes, alguns princípios foram definidos para operacionalização dos mesmos, como a universalidade do acesso aos serviços de saúde, igualdade da assistência à saúde, a equidade na distribuição de recursos, a resolutividade dos serviços, integralidade da assistência; a descentralização e a participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 133).

Neste contexto, um princípio que vem sendo bastante discutido, refere-se à integralidade, por ser considerada como uma das formas de mudança no modelo assistencial. O atendimento integral é uma forma de assistência que privilegia a saúde e não somente a doença. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como ser humano integral, submetidos às mais diferentes situações de vida e trabalho que o leva a adoecer e morrer. O indivíduo não deve ser visto como partes, mas como um ser íntegro que está submetido às determinações sociais. O atendimento integral significa também o direito a um atendimento que ofereça serviços de prevenção e promoção da saúde e que garanta o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade do sistema, desde

a atenção primária, até os níveis secundários e terciários de atendimento, necessários na assistência curativa (BRASIL, 1998, p. 11-12).

Assim, teríamos a integralidade não simplesmente como uma diretriz do SUS, mas como algo à ser construído cotidianamente pelos atores em suas práticas na atenção em saúde. Implica também em pensar em situações/mecanismos capazes de ampliar as percepções dos cuidadores às necessidades dos que procuram cuidado no atendimento (MATTOS et al, 2001).

Complementando as diretrizes do SUS, destacam-se as Leis Orgânicas de Saúde (nº. 8.080 e 8.142 de 1990), bem como as Normas Operacionais Básicas (1993 e 1996) e a NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS/2001), as quais direcionaram para mudanças no modo de organizar e financiar os serviços de saúde (BRASIL, 1988). A lei 8.080/90 estabelece o direito à informação da população sobre os serviços oferecidos e a necessidade de programação dos serviços de saúde segundo a realidade, com investimentos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A lei 8.142/90 legaliza o controle social, permitindo o acompanhamento e a fiscalização das políticas de saúde pela população usuária dos serviços.

Assim, com os princípios estabelecidos na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas de Saúde, passam a ser demandadas novas práticas para os serviços de saúde, mas que estão longe de ser uma realidade na grande maioria dos serviços.

Bub (2001, p. 19) em sua tese de doutoramento analisou as diferentes concepções de saúde ao longo da história, contribuindo com o olhar filosófico para as práticas assistenciais. Sua análise envolve a visão de saúde desde a Antiguidade com Hipócrates e Galeno, depois com Descartes e a divisão cartesiana de ciência e de saúde, chegando às concepções de filósofos como Nordenfelt (1995, 2000) e a concepção de saúde formulada na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). A autora refere que, não é possível compreender a dimensão biológica sem considerar a saúde vinculada ao bem-estar (OMS) ou ao valor social (VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo que as duas perspectivas, não são excludentes).

Na tentativa de impulsionar avanços na consolidação do SUS, o Ministério da Saúde desenhou algumas medidas operacionais, por meio de políticas públicas. Duas importantes políticas de saúde nacionais atualmente defendem mudanças no modo de prestar assistência à saúde e estabelecem diretrizes a serem operacionalizadas na prática, as quais poderiam promover mudanças no modelo assistencial em saúde: a

Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

4.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Programa de Saúde da Família (PSF), proposto desde 1994, pelo Ministério da Saúde, foi renomeado a partir de 1996 para Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando que, embora inicialmente rotulado como programa, a ESF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde (BRASIL, 1997).

A ESF é defendida pelos seus idealizadores, como um caminho possível para a reorganização da atenção básica em saúde. Segundo o documento que normatiza a operacionalização dessa estratégia, o seu objetivo principal é “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde” (BRASIL, 1997, p.10).

Além desse objetivo, a ESF foi definida, também, por diretrizes que envolvem, primordialmente, o estabelecimento de vínculos, de compromissos e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Define a família como foco de atenção, entendida e atendida a partir do local onde vive, trabalha e se relaciona com ênfase na promoção e na vigilância à saúde. Indica a reorganização das práticas assistenciais, no sentido de baseá-las em diagnósticos da saúde da comunidade, em indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos, na abordagem interdisciplinar, incluindo ações como visita domiciliar, internação domiciliar, educação continuada, planejamento e programação local, acompanhamento, avaliação e controle social (BRASIL, 1997).

É importante destacar a ênfase da proposta na preconização de uma assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade, em atenção às necessidades de saúde da população adscrita na região de abrangência da unidade de saúde, intervindo sobre os fatores de risco, através de uma abordagem na família em seu espaço social. Prescreve instrumentos importantes como a vigilância em saúde, que auxilia a equipe no trabalho de mapeamento das principais características de sua

área de cobertura, possibilitando que estes possam planejar e trabalhar melhor os dados obtidos. Outra questão importante é que a ESF preconiza que as práticas de saúde devem ser feitas de forma humanizada, através do estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Esta forma de abordagem, contemplada nas diretrizes do programa, constitui-se numa proposta inovadora, com vistas ao “enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997, p. 8).

Para garantir que as práticas de saúde sejam desenvolvidas com um novo olhar sobre a família, a partir do ambiente onde vive, a ESF estabelece diretrizes importantes, como:

- adscrição da clientela, que consiste em definir um território de abrangência para cada equipe, em torno de 600 a 1000 famílias. Esta definição proporciona que a equipe conheça melhor e esteja mais integrada com a sua população atendida;

- cadastramento, que deve ser feito durante a visita domiciliar dessas famílias adscritas. Nesse momento, são colhidos dados importantes como morbidade, condições econômicas, ambientais e de moradia;

- instalação das unidades de saúde da família, nos postos de saúde disponíveis no município. Isso requer rever se a capacidade física comporta esta modalidade;

- composição das equipes, que deverão estar compostas, no mínimo, pelo médico, pelo enfermeiro, pelo auxiliar de enfermagem/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais poderão incorporar estas equipes, conforme as necessidades e características de cada localidade;

- atribuições das equipes, definidas para cada profissional, além de ter atribuições gerais referentes a como lidar com a família e sua realidade econômica e social, conhecimentos de epidemiologia, planejamento, promoção da saúde, processos educativos, visita domiciliar, internação domiciliar com vistas à humanização e participação em grupos comunitários.

Além dessas diretrizes, o documento preconiza que as práticas de trabalho sejam reorganizadas, definindo alguns mecanismos importantes como:

- diagnóstico da saúde da comunidade, como forma de organizar e planejar as ações de saúde, ou seja, desenvolver uma programação local, utilizando-se do cadastramento das famílias para levantamento de

dados epidemiológicos com vistas a direcionar melhor este planejamento na perspectiva de quem planeja, como e para que.

-complementariedade, para garantir que a ESF não se isole dos demais sistemas de saúde. A idéia é propagar a informação de que a estratégia é a porta de entrada para os demais serviços de saúde.

-abordagem multiprofissional: esta abordagem deve ser feita a partir da atuação em equipe multiprofissional, mas seguindo alguns princípios básicos, como enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, integralidade da atenção, ênfase na prevenção, sem prejuízo do atendimento curativo e emergencial;

-referência e contra-referência: os trabalhadores da ESF devem, sempre que precisarem, encaminhar os usuários que necessitam de cuidados de maior complexidade, para outros serviços de referência como em casos de internação hospitalar, apoio diagnóstico ou consultas especializadas. Para isso, o município deve estar estruturado para viabilizar a disponibilização destes serviços;

-educação continuada, considerada como um mecanismo importante para aperfeiçoamento profissional;

-estímulo à ação intersetorial, por meio de uma ação integrada com vários setores da administração pública, como o saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente. Desta forma, viabilizar um suporte para o trabalho das equipes, quando a assistência fica prejudicada, porque esbarra em alguns problemas decorrentes de questões sociais e ambientais, que não podem ser resolvidas apenas no âmbito das competências das equipes da ESF.

-controle social que, além de ser um princípio garantido pela Constituição Federal e Lei Orgânica 8.142/90, é uma garantia da participação popular na saúde. A ESF deve manter uma aproximação com representantes da comunidade e, a partir das reivindicações, traçar planos para aproximar as ações de saúde com essas necessidades identificadas, além de facilitar o acompanhamento e fiscalização das políticas públicas, pela população.

São características do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, a programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência à demanda espontânea; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou

ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis.

Para que um município possa implementar uma equipe de Saúde da Família, deverá seguir as etapas encontradas no manual da ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997) como sensibilização e divulgação, capacitação das equipes por meio de treinamento introdutório, educação continuada e permanente e garantia de um financiamento adequado.

A ESF foi atualizada na Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela portaria 648 de 28/03/2006. Neste documento, a Saúde da Família é considerada como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, com uma revisão da legislação em função da experiência acumulada e das diretrizes do novo pacto entre as esferas de governo. O Pacto de Gestão regulamentou o bloco financeiro da atenção básica para superar a fragmentação vigente, extinguindo-se a vinculação de incentivos por faixas de cobertura o que prejudicava os grandes centros. O Pacto pela Vida reiterou como prioridade, a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

A Política de Atenção Básica pressupõe como fundamentos principais:

I - 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 de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a, p. 10).

Além desses fundamentos, estão definidas como áreas estratégicas, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas poderão ser definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas (BRASIL, 2006a, p. 11).

Considerando-se os fundamentos expostos, é possível afirmar que estas diretrizes desenham um “novo modelo assistencial em saúde” os quais apontam para o rompimento com a fragmentação das especialidades e o foco no funcionamento do corpo biológico, dois importantes pilares do modelo biomédico.

4.3 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS)

As preocupações com a promoção da saúde provem do pensamento social do século XIX que defendia a relação entre condições de vida com o processo saúde-doença. Nos últimos 20 anos, temos assistido a um crescimento do campo da promoção da saúde, que tem vindo a realçar profundamente as concepções e práticas de Saúde Pública na atualidade. Este movimento origina ou fortalece conceitos fundamentais bastante discutidos na atualidade, como as Cidades Saudáveis, os ambientes favoráveis à saúde, a articulação intersetorial pela saúde, vigilância à saúde e práticas de reorientação de serviços de saúde.

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão "promoção da saúde" foi Sigerist (1946), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do doente e a reabilitação, abandonando a perspectiva biomédica existente na época.

Leavell e Clark (1965), ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluem a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial, boas

condições habitacionais, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde. O conceito tradicional foi definido a partir do modelo da História Natural das Doenças (LEAVELL e CLARK) em 1940 e tem se modificado nos últimos anos, surgindo novas correntes de promoção, sobretudo no Canadá, nos EUA e nos países da Europa Ocidental (HEIDMANN et al, 2006).

Já em 1943, a Medicina Social Inglesa se preocupava com a epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, como a úlcera péptica, as doenças cardiovasculares, o cancro e os traumas acidentais, bem como com as correlações com as condições sociais e ocupacionais.

Ao longo dos anos de 1970 e 1980, as evidências da associação entre condições de vida e educação tomaram corpo, criando condições para a organização da I Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, no ano de 1986, em Ottawa, Canadá. Esta conferência foi patrocinada pela Organização Mundial de Saúde, pelo Ministério da Saúde e Bem-estar do Canadá e pela Associação Canadense de Saúde Pública.

Uma carta foi formulada nesta conferência, a qual foi o principal movimento que legitimou a concepção de "Promoção da Saúde". Foi por meio da denominada "Carta de Otawa", que a promoção da saúde passou a ser definida como um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo", bem como, uma estratégia para enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam a população. É entendida ainda como uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e uma articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Essa carta prevê que, a equidade deve ser um dos focos da promoção da saúde, tendo como objetivo reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável. Resumindo, a promoção da saúde diz respeito a um conjunto de valores tais como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se, também a uma combinação de estratégias: como ações do Estado que podem ser desenvolvidas com políticas públicas saudáveis, da comunidade (reforço comunitário), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de

saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (OPAS, 2007).

O contido nesta carta, ainda permanece orientando as conferências nacionais e internacionais de saúde, na atualidade. Nos anos seguintes à sua publicação, várias conferências foram desenvolvidas, com base no seu conteúdo, ampliando alguns aspectos não contemplados no documento inicial: A conferência de Adelaide em 1988, a de Sundswall em 1991; a de Santa Fé de Bogotá em 1992, a de Porto of Spain em 1993, a do Canadá em 1996, a de Jacarta em 1997, a conferência da Rede de Mega-países em 1998, a do México em 2000 e a de Bangkok em 2005 (HEIDMANN et al, 2006).

No entanto apesar do debate sobre a promoção da saúde, na prática pouco avanço tem se concretizado. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva (LEAVELL e CLARK, 1965) este pensamento inicial foi mudando para atender interesses econômicos e técnicos (BUSS, 2000).

No Brasil, o debate sobre promoção da saúde cresceu a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde o entendimento de saúde foi ampliado e a promoção da saúde foi reconhecida como uma estratégia, como um modo de pensar e responder às necessidades sociais em saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2006b, p. 6).

Assim no contexto de criação do SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde de 2004-2007, o Ministério da Saúde, propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde. Esta proposta surge de um esforço para o enfrentamento dos desafios do modelo assistencial, num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias.

A promoção da saúde, apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e integração dialógica com as diversas áreas do setor sanitário, do setor privado e com a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população, ou seja, para que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2006b, p.12).

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida, se constitui em um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades das três

esferas federativas, com definição das responsabilidades de cada um. Entre as prioridades desse pacto, se destaca “o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS”, dando especial atenção à Estratégia Saúde da Família, à educação em saúde, voltadas para a promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais com o processo de envelhecimento, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável e dos cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006b, p.4).

O objetivo do Pacto da Vida é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes como o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Os objetivos específicos são:

Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras); Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores em saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividade-fim; Contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde; Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde; Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde; Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis; Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais; Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade

e gestão democrática; Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no país; Valorizar e ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade (BRASIL, 2006b, p. 14-15).

Os objetivos destacados acima representam um conjunto de diretrizes fundamentais para consolidar a ESF no seu desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde. As ações definidas têm potencial para mudanças na comunidade, nas práticas de saúde e na organização dos serviços de saúde.

Indicam ainda, a necessidade de reconhecer que a Promoção da Saúde se configura como um instrumento fundamental para a equidade, para a melhoria da qualidade de vida e de saúde e para estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde. Propõe fortalecer a participação social, o empoderamento individual e comunitário (BRASIL, 2006b).

Assim, esta proposta pontua diversos objetivos estratégicos que somados compõem uma base para sustentar novas perspectivas de assistência à saúde na ESF, como o estímulo para o desenvolvimento de ações voltadas para a Promoção da Saúde; em amplos aspectos como: a preservação do meio ambiente, a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis, associada à elaboração e implementação de políticas públicas integradas, que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.

Nesse sentido, a promoção da saúde, propõe instrumentos para prevenir fatores determinantes e de risco à saúde; estimulando a adoção de modos de viver não-violentos, o desenvolvimento de uma cultura de paz no país e a cooperação de outras áreas de governos, setores e atores sociais, para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade (BRASIL, 2006b).

No Brasil, no entanto, as ações de promoção da saúde se traduzem em tímidas ações de educação em saúde, desenvolvidas por alguns municípios, equipes da ESF, professores e pesquisadores. Alguns municípios adotaram a diretriz de “municípios saudáveis”. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2007), municípios, cidades e ou comunidades saudáveis, trata-se de uma filosofia e estratégia que permite fortalecer as atividades de promoção da saúde, dentro de uma agenda política local. Uma cidade saudável, na definição da OMS, é aquela que desenvolve melhorias de seu meio ambiente físico e social, utilizando todos os recursos da comunidade, compreendendo a saúde de seus cidadãos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida (OPAS, 2007).

Ainda segundo a OPAS (2007), para uma iniciativa de municípios saudáveis, são necessárias a participação social e ação intersetorial. Diversas iniciativas existentes atualmente na América Latina formam redes de municípios, em países como México, Costa Rica, Panamá, Colômbia e Chile. No Brasil, várias iniciativas nesse sentido foram experimentadas desde a década de 90, em cidades como São Paulo, Campinas, Santos, Jundiaí, Sobral, Crateús, Anadia, Maceió e Chopinzinho. A partir de 1998, o movimento toma impulso com a realização na cidade de Sobral, do I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, em parceria com o Ministério da Saúde e OPAS/OMS, além da participação de várias instituições acadêmicas, prefeitos, profissionais de saúde e associações comunitárias.

Em 1999, durante o XV Congresso do CONASEMS, foi lançada a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, com a participação de cerca de 40 secretarias municipais de saúde interessadas. Atualmente está em expansão em diversos municípios brasileiros (OPAS, 2007).

O Ministério da Saúde aponta que, é um desafio, organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde, especialmente àquelas estratégias mais amplas que foram definidas pela Carta de Ottawa (BRASIL, 1997) que atualmente estão resgatadas nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde. Assim, conhecer como as equipes de Saúde da Família estão organizando as ações de promoção da saúde é um caminho produtivo e fundamental para aprimorar as discussões acerca de mudanças no modelo assistencial em saúde.

4.4 DISCUTINDO UM NOVO CONCEITO: *SAFETY PROMOTION/SAFETY COMMUNITIES*

As denominações *Safety Promotion* e *Safety Communities* emergiram de diversas discussões, programas e pesquisas realizadas na Suécia, desde 1970, a respeito da promoção da segurança das pessoas, ou seja, do viver em condições seguras. Essas discussões foram mais tarde consolidadas pela OMS e nas *World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion* e um novo conceito, o de *Safety Promotion (SP)* ou Promoção da Segurança foi proposto por Maurice et al (1998) e descrito por Svanström (2006). Este conceito foi definido como um processo aplicado em nível local por indivíduos, comunidades, governos e outros, incluindo empresas e organizações não governamentais, para desenvolver e sustentar a segurança (MAURICE et al, 1998, p. 11; SVANSTRÖM, 2006, p. 78).

O conceito de *SP* foi construído a partir do trabalho de um grupo multidisciplinar de pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde Pública da Suécia e do Departamento de Saúde Pública, do Instituto Karolinska, do mesmo país, que, ao longo dos últimos 30 anos, desenvolveram pesquisas e debates, e um programa, voltado inicialmente para o enfrentamento das questões relativas à prevenção de danos/lesões, decorrentes de acidentes por causas violentas, durante a década de 1970 a 1980, com vistas a alcançar resultados positivos na promoção da segurança das pessoas (LAFLAME; SVANSTRÖM e SCHELP, s/d). O programa de prevenção de danos é desenvolvido no município de Falköping, na Suécia, e é modelo para o que foi designado na WHO como “*Safety Communities*” ou “comunidades seguras”.

Inicialmente teve como preocupação, a mortalidade e a morbidade por acidentes e traumas, e posteriormente buscando compreender não somente os números relacionados às causas externas, mas também aos aspectos que envolvem este processo, como fatores de risco, formas de prevenção e possibilidades e limitações para prevenção de lesões por acidentes. Inclui também pesquisas acerca da promoção da segurança, da vigilância de saúde, das formas de intervenção e de métodos alternativos para avaliar seus impactos, classificação dos danos e seus riscos, investigação e análise de danos no tráfico, acidentes de trabalho, no ambiente escolar com crianças e adolescentes. Os relatórios dessas pesquisas descrevem conceitos envolvidos, modelos e métodos utilizados, avaliação e relações com as causas e prevenção dos

danos/lesões e formas de intervenção na comunidade. (LAFLAME; SVANSTRÖM e SCHELP, s/d).

As pesquisas sobre *Safety Promotion* estão divididas em 5 grupos de pesquisa do Departamento de Saúde Pública (Instituto Karolinska): Pesquisas de Promoção da Saúde, Pesquisas de Promoção da Segurança, Pesquisas sobre Epidemiologia Internacional e Inter-cultural, Medicina Preventiva e Avaliação e Intervenção em Saúde Pública (LAFLAME; SVANSTRÖM e SCHELP, s/d).

Segundo Weland, Svanstrom e Ekamn (2000, p. 3), a tarefa principal do Instituto Nacional de Saúde Pública, na Suécia, é prevenir doenças e outros males para a saúde e promover boa saúde para todos. Suas atividades foram desenhadas para criar iguais condições para boa saúde e para influenciar os fatores que promovem saúde entre grupos que são especialmente expostos à grandes riscos.

Safety Promotion requer uma permanente organização e colaboração intersetorial de diferentes níveis da sociedade (central, regional e local), de diferentes áreas de atividades e entre pesquisadores e alunos de pós-graduação.

O Programa Nacional de Prevenção de Danos (PNPD) e *Safety Promotion* e o Instituto Nacional de Saúde Pública são organizados em rede de âmbito nacional, com ramificações para níveis municipais, estaduais e internacionais. Outra tarefa identificada neste programa foi prover suporte para a promoção da segurança. Este suporte envolve criar redes, disseminar modelos, exemplos e formular problemas e explicações, fornecendo assim um corpo de conhecimento educacional e bases para que se estimulem novas pesquisas de promoção da segurança.

Para Svanström (2006), quando se trata de avaliar os efeitos dos programas de prevenção de lesões, verifica-se que algumas comunidades têm-se concentrado principalmente em mostrar uma diminuição nos índices de lesões tratadas nos serviços de saúde, priorizando apenas o resultado final. Poucos estudos têm centrado na avaliação das ações voltadas para o processo de promoção da segurança. No entanto, a promoção da segurança, vai muito além dos resultados dos serviços de saúde, é necessário que outros setores da sociedade, como organizações voluntárias da comunidade, profissionais de saúde, prefeitura, dentre outros, busquem ampliar os conceitos acerca deste processo.

A idéia fundamental acerca do desenvolvimento de uma Comunidade Segura é a de resolver diversos tipos de segurança e prevenir lesões e acidentes em geral, englobando todas as idades,

ambientes e situações que envolvem tanto setores não-governamentais como governamentais. Neste sentido, para o autor, as funções da sociedade (incluindo o Estado) se tornaram assim mais complexas, exigindo políticas públicas mais adequadas à realidade dos serviços de saúde (SVANSTRÖM, 2006).

Conforme aponta Maurice et al (1998, p. 13) a promoção da segurança é aplicada com o objetivo de desenvolver e manter as condições básicas de segurança em um nível local, nacional e internacional, pelos indivíduos, comunidades, governos e outros, incluindo empresas e organizações não-governamentais. Este processo inclui diversos esforços acordados para modificar o ambiente físico, social, tecnológico, político e organizacional.

Agindo sobre as estruturas e ambientes pode-se favorecer comportamentos seguros (por exemplo, estreitamento das vias para reduzir a velocidade) e, reciprocamente, agindo sobre comportamentos pode-se favorecer ambientes seguros, como por exemplo, maneiras seguras de armazenar armas de fogo ou substâncias tóxicas, reforçando assim a segurança doméstica. Além disso, agindo sobre comportamentos, pode-se influenciar normas sociais que irão provocar mudanças de ambiente sustentáveis, como por exemplo, a obrigatoriedade da utilização do cinto de segurança.

Alguns aspectos dessas pesquisas desenvolvidas na Suécia corroboram com os objetivos contidos na política PNPS. Destaca-se a promoção de hábitos saudáveis na alimentação e na vida, como o controle do tabagismo; do uso abusivo de bebida alcoólica e a promoção de condições seguras, buscando assim a redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, além da promoção do desenvolvimento sustentável e dos cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Esta política de saúde é também uma resposta à problemas inerentes da sociedade moderna, como a rápida e expressiva elevação da morbi-mortalidade por acidentes e violência, a qual se constituiu um dos pontos mais relevantes da transição epidemiológica no Brasil, a partir dos anos 1980. A complexidade do problema implica a aplicação de medidas no âmbito de políticas sociais, elaboração de legislação específica e desenvolvimento de instrumentos de intervenção voltados à prevenção, ao tratamento e à reabilitação dos atingidos, o que pressupõe a identificação de grupos e fatores de risco.

Considerando-se que as causas externas, em termos de morbi-mortalidade, abrangem desde acidentes de trânsito, acidentes do

trabalho até a violência urbana, não é difícil inferir o amplo espectro de fatores determinantes envolvidos. Tais características tornam indispensável a identificação de instrumentos, eficientes e de baixo custo, que possam colaborar na fundamentação de estratégias para sua prevenção e controle.

A vigilância de eventos relacionados a acidentes e violência deve ter por objetivo, além de estimar níveis de morbi-mortalidade, tendências, custo e impacto social, identificar grupos e fatores de risco. No entanto, a utilização da vigilância para eventos adversos relacionados a acidentes e violência é relativamente recente e apresenta algumas peculiaridades se comparada com outros eventos como, por exemplo, doenças infecciosas e do coração. Neste aspecto, constituem-se desafio para os profissionais/equipes/serviços de saúde, no que se refere à incorporar nas rotinas e práticas assistenciais, a vigilância à esta temática, por meio de orientações e estímulo à redução de riscos e vulnerabilidade (WALDMAN e MELLO JORGE, 1999).

Os resultados das pesquisas para a *Safety Promotion*, mostram que a compreensão do cuidado em saúde está além do simples tratar de uma lesão, dano ou doença, aproximando-se da visão que considera os determinantes do processo de viver humano.

Neste contexto de discussão, as equipes da ESF, também deparam-se diariamente com questões que envolvem necessidades diversas de cuidado, além da doença, como a segurança, problemas sociais, ambientais e estrutural, dentre outros. Assim, os resultados do contexto de crescimento da violência, dos acidentes de trânsito e de diferentes estilos de vida, vão se refletir na demanda para os serviços de saúde. Neste aspecto, situações de risco⁷ e vulnerabilidade, não se restringem apenas aos usuários com hipertensão, diabetes ou gestantes, mas também, aos jovens e adultos saudáveis, que estão expostos a riscos decorrentes da vida moderna, necessitando promover discussões sobre esta temática, nos serviços de saúde.

⁷ Segundo Bueno (2000) risco significa perigo. O conceito de risco teve diversas explicações ao longo da história, estando associado a uma determinada realidade e tempo na história. Na pré modernidade, as idéias de risco eram ligadas ao religioso e a uma situação predeterminada, sendo o risco considerado como algo neutro. Esteve também associado no século XVI, às transações econômicas e comerciais, como probabilidade de ganho ou perda. O conceito de risco aparece nesta pesquisa relacionado ao processo de viver, por entender que a sociedade está exposta a novos e velhos riscos, como morrer, adoecer, sofrer danos físicos e psíquicos, ganhar, perder ou outras dimensões da vida humana.

4.5 A “DEFESA DA VIDA” COMO PRINCÍPIO NORTEADOR DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A construção de um sistema de saúde universal, humanizado e acolhedor, se constitui em um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, no cotidiano dos serviços de saúde.

A aproximação com os momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e com seus trabalhadores, permite olhar para as ações e características das práticas assistenciais, e observar identidades e diferenças entre esses dois universos distintos.

Campos (1994a, 1994b, 1997, 2002) é um autor que tem abordado os problemas de acesso aos serviços de saúde e a necessidade de valorização do princípio de “defesa da vida” pelos serviços de saúde e trabalhadores.

Na concepção do autor, a defesa da vida diz respeito à responsabilização e envolvimento dos trabalhadores, equipes de saúde e gestores, com o processo assistencial. Este envolvimento está relacionado à valorização dos princípios de integralidade e humanização. A integralidade em saúde como forma de compreensão do ser humano como uma totalidade. A humanização, reconhecida pelo Ministério da Saúde, como uma política de fortalecimento de um “SUS que dá certo” e como forma de enfrentar os modelos assistenciais que não defendem a vida. Contudo, estes princípios dependem de atitudes solidárias, de valores como a humanização e responsabilização⁸ e da possibilidade de ampliação da participação do trabalhador na elaboração do seu trabalho, transformando-o em processo criativo e prazeroso.

Assim, para um novo modo de promover práticas assistenciais, requerem-se novas atitudes e envolvimento dos trabalhadores/equipes de saúde, para além do que está prescrito.

No SUS, a humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, ou seja, de combinação de autonomia profissional com responsabilidade, enfrentando modos de gerenciar, que “nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores, nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais” (CAMPOS, 1997, p. 233).

⁸ Responsabilização/responsabilizar significa o ato de considerar-se ou tornar-se responsável por algo ou alguém (HOUAISS, 2003).

Como então combinar práticas assistenciais com responsabilidade? Se o trabalhador e equipes de saúde, não se sentem ativos “no processo de reabilitação ou na trajetória de organização do seu trabalho”, eles tenderão a não se responsabilizar pelo “objetivo final da própria intervenção”, ou seja, “pela recuperação do usuário ou pela promoção da saúde de uma comunidade” (CAMPOS, 1997, p. 234).

A defesa da vida se concretiza também em ações de reorganização e reordenamento de um sistema municipal de saúde, que tenha como premissa a idéia coletiva de inverter o modelo assistencial.

Experiências municipais relatam, avanços positivos neste sentido, assentadas no princípio de saúde como um preceito para a qualidade de vida das pessoas. Este processo necessita de um conjunto de medidas político-técnico-operacionais, um conjunto de ações e projetos voltados para a promoção do princípio de integralidade na atenção e para a garantia do SUS (PINHEIRO, 2001).

Este contexto de defesa da vida de Campos (1994b) corresponde ao que esta pesquisa tem proposto como um dos eixos norteadores para a construção de um novo modelo assistencial.

4.6 A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA PARA O DEBATE ACERCA DE MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação (BOFF, 1997, p. 9).

A importância e os significados dados ao adoecer, é um processo particular e envolve valores e concepções sobre a vida, a saúde e a doença. Estão relacionados às experiências e vivências de cada um dos atores sociais envolvidos no processo saúde-doença. Assim, tanto os modos de entender saúde como as práticas adotadas variam entre os indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais (LANGDON, 2001, HELMAN, 2003).

A produção científica utilizando referenciais da antropologia à saúde tem crescido nas últimas décadas e sinaliza a importância do uso dessa ferramenta para compreender as práticas de saúde (AMADIGI et al, 2009; ALONSO, 2003).

Amadigi et al (2009) analisaram a produção teórica sob o uso do suporte conceitual da antropologia como ferramenta na compreensão das práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. Com base em teses, livros, dissertações publicados entre 1990 e 2003, verificaram que o debate cresceu nos últimos anos, evidenciando aspectos positivos do olhar antropológico para a saúde e concluíram que a priorização do diálogo entre os atores sociais envolvidos nas práticas assistenciais é um caminho produtivo para promover consensos entre os dois universos culturais.

Alonso (2003) desenvolveu uma tese a respeito das luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar. A autora buscou investigar como se dão os encontros e as relações entre equipes de saúde da família e a família, durante a intervenção profissional no domicílio. Os questionamentos da tese são se a equipe de saúde da família está instrumentalizada em termos teórico-metodológicos e éticos para compartilhar o domicílio com a família, em um encontro assistencial? Na concepção da autora, para compreender uma situação assistencial que envolve relações complexas e mundos tão diferentes, é preciso compreender o jogo de relações de poder que as perpassam. As equipes ao afastarem-se dos muros das unidades de saúde e adentrarem o território íntimo da família, penetram num cenário particularmente simbólico que precisa ser respeitado e considerado na prática assistencial domiciliar.

Neste estudo, a autora evidenciou que a equipe ESF necessita ser instrumentalizada para o trabalho no domicílio familiar, criando mecanismos, instrumentos e habilidades de negociação com a família dentro do processo assistencial. Recomenda que os currículos acadêmicos contemplem aspectos das relações entre família e profissional de saúde no processo assistencial e que os gestores reavaliem a visita domiciliar a fim de inseri-la em um projeto de ações assistenciais com caráter interdisciplinar.

No que se refere, às relações entre o universo profissional e mundo dos usuários da atenção básica, a Antropologia da Saúde, pode contribuir para ampliar o olhar sobre esses aspectos, considerando que durante a realização das ações assistenciais, esses dois universos se

manifestam ora com identidades, ora com diferenças, interferindo na qualidade e humanização do processo assistencial.

Por exemplo, na perspectiva antropológica, a definição de alguém como doente, implica em uma série de experiências intersubjetivas, como a percepção de mudanças na aparência corporal (perda de peso, mudanças na cor da pele ou queda de cabelo); mudanças nas funções orgânicas regulares, no funcionamento de um membro, nos estados emocionais, comportamentos e sintomas físicos, falta de coordenação motora ou tremor, dentre outros.

Em geral, “uma pessoa é definida como doente se houver concordância entre suas próprias percepções de comprometimento ao bem-estar e as percepções das pessoas ao seu redor”. Nesse sentido, adoecer sempre é um processo social, que envolve outras pessoas além do doente (HELMAN, 2003, p.116).

Com relação ao significado de ser ou estar doente, o vivenciar da saúde e da doença, é um processo particular, subjetivo, psicobiológico e também sociocultural. Se a doença é vista como uma construção sócio-cultural e as percepções individuais são influenciadas em parte pelos significados culturais e em parte pela subjetividade, é fundamental a valorização do contexto cultural e dos aspectos subjetivos, nas práticas assistenciais. Nesse sentido, pode-se afirmar então, que é importante pensar em cuidados com a saúde e a doença dos usuários do sistema de saúde, considerando sua multiculturalidade e é necessário respeitar a cultura de cada um (HELMAN, 2003; LANGDON, 2001, p. 2).

No entanto, a relação cultura e saúde é um processo complexo e no modelo biomédico, há que se considerar as dificuldades e o despreparo dos profissionais de saúde, na abordagem destes aspectos nas práticas assistenciais.

Para Langdon (2001, p. 1) a biomedicina é relativizada, vista como um modelo médico entre vários outros modelos, e seu enfoque principal é a biologia humana, a fisiologia ou patofisiologia, características questionadas pelas novas discussões em antropologia, que consideram a doença como “resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição”.

Contudo, a concepção sobre cultura tem gerado bastante polêmica entre os antropólogos nos últimos 50 anos, até que vários antropólogos chegaram a um consenso de que a cultura é “dinâmica e heterogênea e a doença como processo e experiência” (LANGDON, 2001, p. 2).

A autora destaca alguns antropólogos que foram pioneiros na

Antropologia da Saúde e contribuíram para o debate sobre as influências do contexto cultural com o entendimento e cuidado à saúde e a doença. Rivers em 1979 foi reconhecido como o primeiro antropólogo a estabelecer uma relação entre saúde e cultura, preocupando-se com a classificação ou caracterização da chamada “medicina primitiva”, observando as categorias de pensamento, identificadas na época, como pensamento mágico, religioso ou naturalista. Ele afirmava que os modos de pensamento da medicina primitiva eram opostos ao pensamento que fundamenta a medicina moderna. Contudo sua visão da medicina primitiva representava uma visão estática ou folclorista, ignorando a dinâmica reconhecida hoje como essencial ao conceito simbólico da cultura.

Outro pioneiro destacado por Langdon (2001) foi Clements, que em 1932 realizou um estudo comparativo sobre os conceitos da doença, na medicina primitiva, através das crenças etiológicas. Mapeando a distribuição destas crenças entre os povos primitivos no mundo reduziu-as a cinco categorias: feitiçaria, quebra de tabu, intrusão de objeto no corpo, intrusão do espírito e perda da alma. As críticas a seu modo de entender as crenças da doença, se deram ao fato de que Clements considerou as unidades como independentes, sem consideração ao significado ou sua integração na cultura como um todo e às suas confusões conceituais entre causa e mecanismo.

Erwin Ackerknecht, considerado o fundador da antropologia médica nos Estados Unidos, também destacou-se por seu trabalho em juntar dados etnográficos sobre cirurgia primitiva, xamanismo e psicopatologia, conhecimento anatômico, diagnósticos e tratamentos e análise da relação entre sistema médico com a cultura em sociedades específicas. O antropólogo argumentava sobre a importância de se entender a medicina como uma instituição inseparável do resto da cultura e sociedade. Apesar de reconhecer a diversidade cultural, ressaltando que não há uma medicina primitiva, mas que existem várias, cada uma ligada à sua cultura particular, os trabalhos de Ackerknecht apontam para o fato de que o primitivo faz coisas por hábito realizados inconscientemente e sem observação empírica (LANGDON, 2001).

Na década de 70, vários antropólogos começaram a propor visões alternativas à visão da biomedicina, sobre o conceito de doença, juntando o campo da etnomedicina com a antropologia simbólica, a semiótica e psicologia, resultando em uma preocupação com a dinâmica da doença e o processo terapêutico. Assim, passou-se a considerar que o conceito de cultura é dinâmico e heterogêneo e a perspectiva da doença

é um processo sociocultural. Nesse contexto, o conceito de doença é experiência (LANGDON, 2001, p. 4).

No contexto do sistema de saúde, o entendimento, que o usuário tem, sobre o processo saúde-doença, sobre as formas de abordagens da doença e sobre a organização dos serviços de saúde, também constitui elemento fundamental para ser considerado na construção de um novo modelo assistencial em saúde. As crenças, concepções sobre saúde e doença, as escolhas, constituem-se em significados simbólicos, que interferem no sucesso da qualidade da assistência à saúde e devem ser considerados nas práticas assistenciais (KLEINMAN, 1980, p. 24).

Conforme se pode verificar nos estudos antropológicos, existe uma pluralidade de sistemas de saúde. Cada sistema de saúde é cultural e socialmente delimitado, sendo possível apreender três subsistemas sobrepostos: o informal (*popular sector*) – que envolve a família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e auto-ajuda; o popular (*folk sector*) – que envolve agentes especializados em tratar problemas de saúde, sejam seculares ou religiosos, mas que não são profissionais reconhecidos legalmente na sociedade; e o subsistema profissional (*professional sector*) – que é a rede de serviços públicos e privados legalmente instituídos em cada sociedade, incluindo os profissionais de saúde legalmente reconhecidos e com poder para diagnóstico, prescrição terapêutica e realização de cuidados.

Neste contexto, o sistema de saúde formal/profissional, não é o único recurso que o usuário procura para alívio de suas aflições. As pessoas e suas famílias buscam ajuda para seus problemas de saúde, de acordo com o que consideram como mais importante para si, transitando entre os três subsistemas. Apesar do predomínio do subsistema profissional, o popular e o informal são alternativas valorizadas por muitas pessoas ou famílias, como as benzedeiras, massagistas ou entidades religiosas reconhecidas por uma comunidade, etc (KLEINMAN, 1980).

Há que se considerar também, que o sistema de saúde de uma sociedade, não pode ser estudado isoladamente de outros aspectos, especialmente quanto à organização social, religiosa, política e econômica. “A assistência à saúde está entrelaçada nesses aspectos, baseando-se nas mesmas premissas, nos valores e na visão de mundo”. Na maioria das sociedades, uma determinada forma de atenção à saúde, como por exemplo, a medicina científica, no Ocidente é elevada acima das outras formas, e tanto seus aspectos sociais quanto culturais são sustentados pela lei. Mas existem outros sistemas menores e

alternativos, como a homeopatia, o herbalismo e a cura espiritual, que são chamados de “subculturas de assistência à saúde”, que tem seu modo próprio de explicar e tratar a falta de saúde (HELMAN, 2003, p. 72).

A hegemonia do sistema profissional é marcada por avanços e preferências pela maioria das pessoas, mas também por limites no entendimento dos aspectos culturais e subjetivos do processo de viver da sociedade moderna. Helman (2003) pontua que há uma crise da medicina científica, pois muitas das novas tecnologias da medicina têm resultado em impactos significativos, tanto positivos como negativos, principalmente sobre a maneira como a medicina é exercida, contribuindo muitas vezes para o distanciamento entre usuário e profissional de saúde.

Nesse aspecto Helman (2003, p. 140) pontua que

A medicina ocidental se concentra cada vez mais no paciente individual (ou mesmo em um órgão individual); no entanto, pode ser que a família, a comunidade ou até mesmo a sociedade de forma mais ampla, e não o indivíduo, estejam doentes. Um enfoque inapropriado somente sobre o indivíduo e seus sintomas, ignorando aspectos familiares, sociais e econômicos mais amplos, pode tornar difícil o processo de se chegar a um consenso e a uma solução para o problema.

Assim, o profissional de saúde e o usuário, mesmo quando têm a mesma origem social e cultural, vêem os problemas de saúde de maneiras diferentes e suas perspectivas estão baseadas em premissas distintas entre um universo e outro. O problema consiste na comunicação entre os dois universos, durante o encontro clínico. Nesse aspecto, há que se considerar que há diferenças entre as visões médicas e a do usuário, com relação aos problemas de saúde. No modelo da biomedicina, a visão da doença está sob a racionalidade científica, com ênfase na mensuração objetiva e numérica, nos dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, reducionismo no indivíduo doente e não na família ou comunidade.

Na perspectiva do usuário, por sua vez, com base na antropologia, há diferença entre patologia e perturbação. A patologia é algo que um órgão tem e a perturbação é algo que uma pessoa tem. É a

resposta subjetiva do doente e de todos que o cercam, ao mal-estar. Inclui também o sentido que a pessoa dá ao evento (HELMAN, 2003).

Assim, no contexto da saúde da família, as equipes de saúde, necessitam estar preparadas para o enfrentamento destes aspectos, durante o desenvolvimento de suas práticas assistenciais, pois não basta a prescrição de medicamentos, condutas, orientações e outras abordagens, para uma qualidade da assistência. A assimilação destes recursos varia de família para família. É necessário o desenvolvimento de um cuidado pensado para as particularidades de cada família.

4.7 ARTICULANDO O REFERENCIAL TEÓRICO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

Considerando a complexidade do tema modelo assistencial, o referencial teórico proposto nesta pesquisa, visa proporcionar uma reflexão crítica sobre os aspectos que influenciam ou determinam o modelo assistencial em saúde.

Neste processo de reflexão, foi necessária a articulação entre diferentes diretrizes inseridas em políticas de saúde e princípios, visando ampliar o entendimento desta temática e refletir sobre possibilidades de construção de um novo modelo assistencial em saúde. Apresenta-se a seguir uma síntese acerca de um modelo assistencial construído no contexto da ESF, denominado nesta pesquisa, “em defesa da vida, da saúde e da segurança”. Para tal, foram articuladas as diretrizes da ESF e da Política Nacional de Promoção da Saúde, no contexto do SUS, bem como o princípio de defesa de vida de Campos, o conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, o novo conceito proposto pela OMS, *Safety Promotion* e as discussões da Antropologia da Saúde.

MODELO BIOMÉDICO	NOVO MODELO ASSISTENCIAL (EM CONSTRUÇÃO NA ESF)
Foco no indivíduo, corpo e doença	Foco na família, grupos e comunidades
Valorização dos sintomas e	Entendimento das necessidades de saúde.

queixas

Respeito às questões culturais, crenças, valores, hábitos, estilo de vida, dentre outros. Respeito às questões culturais

Organização do serviço de acordo com a demanda espontânea

Planejamento das ações assistenciais com base na vigilância em saúde, conhecendo o perfil epidemiológico, sócio demográfico da população adscrita
Oferta organizada/programada de serviços de saúde
Organização do trabalho, com base em reuniões de equipes e avaliação do trabalho
Interdisciplinaridade

Utilização do conhecimento da Biologia, Anatomia e Fisiologia

Conhecimento do processo saúde-doença
Conhecimento do processo de viver humano e seus multideterminantes
Valorização de aspectos do viver definidos no conceito de saúde da VIII CNS (Meio ambiente, trabalho, meio social, renda, alimentação, lazer, segurança)
Resgate dos princípios do SUS, como a integralidade da atenção, universalidade, equidade, resolutividade e participação social.
Riscos e vulnerabilidade
Defesa da vida/Responsabilização
Promoção da Segurança – *Safety Promotion/Safety Communities*
Conhecimento da antropologia da saúde, para o entendimento da perspectiva do usuário
Promoção da educação em saúde
Práticas assistenciais com base nas diretrizes de políticas de saúde com novas proposições para o modelo assistencial como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Utilização da Especialização e tecnologia

Integralidade da assistência

Formação profissional com base no relatório Flexner

Formação profissional somado a capacitação no serviço, quanto às diretrizes da ESF, conhecimentos de epidemiologia, território e planejamento

**Ações curativas
Consulta médica
Medicalização**

Promoção de espaços mais seguros e saudáveis.
Participação do município para a promoção de Cidades Saudáveis
Prevenção da violência, do uso de drogas, tabaco e álcool
Incentivo à preservação do meio ambiente
Orientações para redução de riscos e

Destaque no profissional médico
Valorização do sistema profissional: unidade de saúde, hospital, clínicas

Relações individuais, impessoais, técnicas e com pouca valorização da humanização

vulnerabilidade
 Promoção de hábitos saudáveis, de alimentação, atividades físicas e de qualidade de vida
 Promoção da Saúde
 Promoção da Segurança

Equipes de saúde
 Interdisciplinaridade
 Organização do serviço com a participação popular
 Valorização nas práticas assistenciais de outros Sub sistemas: popular e informal
 Assistência no domicílio

Vínculo, acolhimento e humanização
 Auxílio ao cuidado familiar

Quadro 1 – A construção de um modelo assistencial em saúde com base na defesa da vida, da saúde e da segurança.

Este “novo modelo”, descrito no quadro anterior, representa as diversas dimensões à serem consideradas para se refletir sobre modelo assistencial. As abordagens propostas no quadro, foram apreendidas em diferentes bases teóricas constituindo um corpo teórico explicativo sobre modelo assistencial.

Este corpo teórico será necessário para orientar a compreensão das expressões dos usuários do sistema de saúde, no contexto da ESF, sobre as práticas assistenciais.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que foi desenvolvida com usuários dos serviços de cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), de dois municípios da Região Sul do Brasil. Visou **identificar nos relatos desses usuários, sobre as práticas assistenciais em saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF, àquelas que se aproximavam ou distanciavam do novo modelo assistencial em saúde desenhado pelas diretrizes da estratégia, da PNPS e da defesa da vida, da saúde e da segurança.**

Estudos de natureza qualitativa, de acordo com Leopardi et al (2002) procuram compreender os fenômenos sensório-perceptivos de apreensão do real pelos sujeitos, utilizando-se uma ampla diversidade de abordagens. O estudo qualitativo requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos (MINAYO, 1993).

Para Polit & Hungler (2002, p. 270) os “pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos”. O desenho desta pesquisa requer uma abordagem metodológica que permita captar as expressões dos sujeitos do cuidado, ou seja, os usuários dos serviços de saúde, dialogando os dados obtidos com o referencial teórico que foi proposto para sustentar esta investigação.

5.1 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Para a seleção da amostra da pesquisa articularam-se três processos de amostragem utilizados em pesquisa qualitativa: a amostragem intencional, por conveniência e por “bola de neve”.

Segundo Gil (1999, p. 104) a amostragem intencional ou não probabilística, consiste na seleção de um subgrupo de uma determinada população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população. Este tipo de amostragem, “requer considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado”. Nesta pesquisa, o sub-grupo foi composto pelos usuários das equipes de ESF.

O critério de conveniência refere-se à acessibilidade aos sujeitos da pesquisa, ou seja, disponibilidade das equipes de ESF para contribuir com a pesquisa e o vínculo do pesquisador com a realidade à ser pesquisada (GIL, 1999). A técnica de “bola de neve” envolve a busca de um informante inicial que tenha conhecimento ou compartilhe com outro informante, sobre um determinado tema/condição/doença, que o pesquisador esteja investigando (BIERNACK, WALDORF, 1981).

Para a seleção dos municípios e das respectivas unidades de saúde, foram utilizados os critérios de intencionalidade e conveniência. Neste contexto, selecionei os municípios que fossem de fácil acesso para a pesquisadora (conveniência), associando aos seguintes critérios de intencionalidade: os municípios que tivessem disponibilidade de uma ampla rede de centros de saúde; equipes de ESF e/ou unidades de saúde, que fossem considerados pela comunidade em geral, como um exemplo de referência, ou seja, equipes de ESF que desenvolvessem práticas assistenciais consideradas de qualidade junto aos usuários/famílias.

O processo de seleção dos municípios e das unidades de saúde se baseou na realização de entrevistas informais, com profissionais de saúde, reconhecidos pelo pesquisador, como informante-chave, ou seja, que pudessem indicar unidades de saúde que contassem com equipes de saúde da família, que fossem referência pela boa qualidade de atendimento aos usuários.

5.1.1 Os municípios

Foram selecionados dois municípios da Região Sul do Brasil, sendo um no Estado de Santa Catarina e o outro no Estado do Paraná. Estes municípios foram escolhidos, primeiro porque se constituíam duas realidades distintas, as quais poderiam contribuir para melhor apreensão do fenômeno, segundo, porque ambos possuem uma diversidade de unidades de saúde que atendem ao critério estabelecido, sendo indicados pela maioria dos entrevistados como referência para bom atendimento na ESF e terceiro, pelo vínculo do pesquisador com os mesmos (conveniência), o que facilitou o acesso. Para manter o sigilo dos locais da pesquisa, os municípios foram designados como A e B.

5.1.2 As unidades de saúde selecionadas

Com relação às unidades de saúde, foi selecionada uma em cada município, sendo que a unidade selecionada no município A, possui três equipes de ESF, designadas nesta pesquisa por equipe A1, A2 e A3 e a unidade de saúde selecionada no município B, possui duas equipes, denominadas B1 e B2. Inicialmente foi feita uma aproximação com o/a enfermeiro/a e demais trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, em ambas as unidades escolhidas, para expor os objetivos da pesquisa. Nas duas unidades, foi realizada uma reunião com todos os membros das equipes, informando sobre a pesquisa e os objetivos da mesma e solicitando a contribuição para a indicação de usuários, que pudessem ser entrevistados. Houve uma aceitação positiva pelos membros das equipes, especialmente pelos ACS, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem. As enfermeiras das duas unidades de saúde, no momento da indicação dos usuários, delegaram esta tarefa para os ACS, sob a justificativa de que estes saberiam melhor apontar os usuários. Após este processo de aceitação das equipes e da coordenação das duas unidades, com relação à pesquisa, foi encaminhado um ofício, à Secretaria Municipal de Saúde dos dois municípios selecionados, solicitando autorização para a realização da mesma. Após a aprovação, o projeto foi encaminhado à Comissão de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina e após a aprovação (ANEXO B) foi iniciado o processo de coleta de dados.

5.1.3 Os Sujeitos do estudo

Foram entrevistados 19 usuários cadastrados pelas equipes de ESF. A seleção dos usuários ocorreu a partir da indicação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e também pela indicação de usuários entrevistados. No processo de escolha dos usuários, os ACS demonstraram interesse em colaborar, apresentando diversos nomes de usuários/famílias, que eles acompanhavam regularmente, os quais estavam registrados em seus cadernos pessoais. Esses usuários indicados foram então, consultados no cadastro oficial das famílias, ou seja, no

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁹, na Ficha A¹⁰ e na Ficha B¹¹.

Do processo de indicação dos ACS, foram escolhidos dezesseis usuários que eram acompanhados periodicamente pela equipe (critério de intencionalidade – usuários/famílias considerados pelos trabalhadores das equipes, como bem assistidos, segundo as diretrizes da ESF/SUS), somando-se a 3 usuários indicados pelos entrevistados.

Vale destacar que, a indicação de usuários para entrevista nesta pesquisa, feita pelos ACS, tanto na unidade A como na unidade B, não foi de usuários saudáveis, mas sim, com alguma doença crônica ou condição temporária, que exigisse um acompanhamento mais contínuo da equipe. Visando corrigir alguma distorção nos resultados da pesquisa, procurou-se durante as entrevistas ampliar o perfil dos entrevistados, incluindo intencionalmente, usuários que se considerassem saudáveis no período da entrevista. Dessa forma, pode-se conhecer o impacto das ações assistenciais das equipes ESF em diferentes faixas etárias e em diferentes situações de saúde ou problema, respeitando os limites colocados nesta pesquisa, com relação aos critérios de inclusão.

A inclusão de usuários que não referiam doença ou problema de saúde seguiu os critérios da bola de neve, ou seja, durante a entrevista com um usuário indicado pelas equipes, foi solicitada a permissão para entrevistar outro membro da família, que não possuísse doença naquele período. Devido às dificuldades de encontrar estes usuários no domicílio, seja porque estavam trabalhando, seja porque não havia pessoas na família com a condição desejada para entrevista, apenas três usuários foram entrevistados.

A escolha dos 19 entrevistados foi orientada por alguns critérios de inclusão, tais como: usuários ou famílias cadastrados e

⁹ SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Refere-se a um software, no qual, as equipes da ESF cadastram os dados relativos às famílias residentes na área adscrita, como as condições de saúde, moradia, sanitárias e econômicas. Este cadastro é preenchido da seguinte forma: os dados colhidos pelos Agentes Comunitários de Saúde, durante a visita domiciliar, são registrados na ficha de cadastro (Ficha A) e posteriormente são repassados ao SIAB, que constitui-se em um banco de dados, que armazena informações sobre as famílias e que pode ser consultado pelas equipes de ESF.

¹⁰ Formulário utilizado pelos ACS para cadastrar as famílias pertencentes à área adscrita. Na ficha A, são registrados dados que caracterizam a família, como endereço, condições de moradia, número de membros residentes no mesmo domicílio, número de casas que compartilham o mesmo espaço de determinado terreno, faixa etária, doença(s) referida(s) e aspectos culturais como, procura de auxílio de outras pessoas além dos profissionais de saúde, como benzedeiros, farmácias.

¹¹ Formulário utilizado pelo ACS, para cadastrar usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Cadastro Hiperdia).

acompanhados há mais de um ano e que participassem regularmente de atividades de grupo, indicados pelos ACS, desenvolvidas pelas equipes; idade igual ou maior de 18 anos, considerando diferentes intervalos de idades, para que houvesse representatividade de diferentes faixas etárias e o aceite espontâneo para participar da pesquisa. O número total da amostra foi definido pelo critério de saturação dos dados, ou seja, à medida que as respostas dos entrevistados foram se repetindo, foi possível inferir considerações e conclusões gerais sobre os dados, e assim, definir o total da amostra.

Foi estabelecido inicialmente, um número mínimo de cinco usuários, representantes de cinco famílias, por município, ficando o número final de entrevistados, sujeito à observação do critério de saturação dos dados.

Para zelar pelo sigilo dos informantes, foi estabelecida uma denominação por ordem alfabética e numérica, para diferenciar a apresentação das falas, da seguinte forma: os usuários da unidade do município A foram identificados como A1, A2, A3; os usuários do município B foram identificados como B1, B2 e assim sucessivamente.

5.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram constituídos pela entrevista semi-estruturada e estudo documental. A **entrevista semi-estruturada**, aberta ou não-estruturada tem como vantagem a possibilidade de apreender de forma mais abrangente possível as questões que interessam ao pesquisador, guiado pelos objetivos da investigação. Nesse contexto, o pesquisador pode se liberar “de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam a abrir o campo de explanação do entrevistado ou a aprofundar o nível de informações ou opiniões” (MINAYO, 2000, p. 122).

Constitui-se assim, em um conjunto básico de questões voltadas para o foco do investigador. A entrevista semi-estruturada começa com um número determinado de interrogativas, podendo terminar com o acréscimo de outras perguntas esclarecedoras ao investigador e assim “se transforma num diálogo vivo do qual participam duas pessoas, com objetivos diferentes, mas que podem se tornar convergentes” (TRIVIÑOS, 1987, P. 86).

Nesta pesquisa, foram realizadas 19 entrevistas com usuários da ESF e 1 entrevista com uma enfermeira da equipe A1. As entrevistas com os usuários foram realizadas com auxílio de um roteiro de perguntas (APÊNDICE A) e com gravação das falas, com uma duração média de trinta a quarenta e cinco minutos, sendo que a maioria foi realizada em domicílio e algumas, na unidade de saúde, durante o comparecimento do usuário para participação em reunião de grupo ou consulta médica. Nesse processo, buscou-se evidenciar as aproximações e distanciamentos das ações assistenciais das equipes, com as diretrizes da ESF/SUS, bem como a defesa da vida, da saúde e da segurança.

A entrevista realizada com a enfermeira da equipe A1, não foi programada, mas a entrevistada se mostrou interessada em detalhar o trabalho com os usuários da estratégia, e seus relatos contribuíram para o entendimento das ações assistenciais.

O **estudo documental** foi realizado, para complementar as informações relatadas pelos usuários durante a entrevista e para um melhor entendimento do contexto e da rotina do trabalho das equipes de ESF. Foram consultadas formulários de trabalho das equipes, como as fichas A e B, o SIAB, relatórios¹² produzidos pelas equipes de ESF, pela coordenação da unidade de saúde A e B e pela Secretaria Municipal de Saúde de cada município, livros de atas de reuniões e outros documentos.

Dentre os documentos analisados, recebeu especial atenção os formulários de registros de atividades da equipe, bem como aqueles que relatavam reuniões e atividades da equipe, principalmente àquelas desenvolvidas com usuários/familiares.

Assim, pelo estudo documental foi possível ter acesso aos relatórios oficiais e extra oficiais, preenchidos pelas equipes de ESF, resultantes do atendimento assistencial prestado aos usuários da área de abrangência.

¹² Os setores que coordenam a ESF na Secretaria de Saúde de cada município exigem das equipes, mensalmente, o preenchimento de dados resultantes das atividades desenvolvidas, gerando relatórios importantes acerca das ações realizadas pelas equipes. Esses dados são posteriormente repassados para o Ministério da Saúde, que somados aos dados das demais equipes de ESF brasileiras, formam um panorama sobre a expansão de equipes nos municípios brasileiros e a cobertura da população.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a compreensão dos dados obtidos na pesquisa seguiram-se os passos propostos por Bardin (2002), cuja metodologia é denominada de Análise de Conteúdo. Trata-se de um método de tratamento de dados obtidos em textos ou gravações reduzidas a textos, com o objetivo de compreender os conteúdos manifestos e ocultos e de organizá-los em unidades léxicas (palavras/temas significativos) ou categorias (classes de dados definidos por uma expressão/tema ou palavra).

Nesta pesquisa foram consideradas as quatro fases propostas por Bardin (2002), quais sejam: **pré-análise**, a qual se refere à leitura inicial e fluante do conteúdo expresso pelos usuários no sentido de iniciar a organização dos dados; a **análise** e a **codificação**, que se referem ao tratamento do material, bem como a inferência e interpretação dos dados, consistindo na determinação dos temas e sub-temas; e finalmente a **categorização** dos dados (LEOPARDI et al, 2002; BARDIN, 2002).

Assim, após a familiarização com os dados coletados por meio de várias leituras, foi possível apreender no relato/expressões dos usuários entrevistados, os temas que evidenciavam características das ações assistenciais desenvolvidas pelas equipes da ESF, os quais foram agrupados por semelhanças. O conjunto de temas semelhantes constituiu as grandes categorias. Este momento configura o que Bardin (2002) define como análise categorial temática.

Este processo exigiu também uma análise pessoal do pesquisador para a seleção dos aspectos significativos dos dados, os quais foram marcados por um código representando o conteúdo daquele segmento e auxiliando assim, na “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 2000, p. 74).

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

O processo ético, de preparação da coleta de dados, envolve o cumprimento dos trâmites exigidos pelo Comitê de Pesquisa com Seres Humanos, com aprovação do projeto pelas respectivas direções dos serviços de saúde e do comitê/comissão de ética. Envolve também o respeito à Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, contida também na

Portaria 2048/2009 (BRASIL, 2009), que aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em diversos aspectos, incluindo os cuidados na pesquisa envolvendo seres humanos.

Assim como já descrito anteriormente, foram observados os aspectos relacionados ao sigilo e direitos do participante. Todos os entrevistados foram convidados previamente à participar da pesquisa, por meio de visita domiciliar ou por contato na unidade de saúde ou em atividades educativas/grupo. A cada usuário, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), preservado a privacidade do anonimato bem como o direito de retirar-se da pesquisa à qualquer momento.

6 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS/UNIDADES DE SAÚDE/EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E USUÁRIOS

Para melhor compreensão dos resultados encontrados nesta pesquisa, farei neste capítulo, uma breve caracterização do local onde as equipes atuam e da organização do trabalho desenvolvido pelas mesmas.

6.1 CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO A, A UNIDADE DE SAÚDE E AS EQUIPES ESF

O município A é de médio porte, localizado a 30 km da capital do Estado de Santa Catarina e possui uma população de aproximadamente 55.665 habitantes.

A unidade A possuía cadastrada 3.070 famílias, até o momento da coleta de dados, de acordo com o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de dezembro de 2008. A equipe A1, que atende a área 005, possuía 833 famílias cadastradas, totalizando 2857 pessoas; a equipe A2, que faz a cobertura da área 010, possuía 1.163 famílias, totalizando 3.731 pessoas e a equipe A3, que atende a área 014, possuía cadastradas, 1.074 famílias ou 3617 pessoas.

As três equipes que desenvolvem atividades na unidade A estão organizadas da seguinte forma: duas equipes estão compostas por 10 membros em cada uma, sendo 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 6 ACS. A terceira equipe possui 11 membros, possuindo um agente comunitário a mais.

Tabela 1 - Caracterização das equipes da ESF da unidade A e dos usuários/famílias cadastradas, maio a setembro de 2009.

<i>Unidade de Saúde</i>	<i>Famílias</i>	<i>Pessoas</i>	<i>Composição das equipes ESF</i>
Equipe A5	833	2857	1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 6 ACS
Equipe A10	1163	3731	1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 6 ACS
Equipe A14	1074	3617	1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 7 ACS
Total	3070	10.205	31 membros

As áreas atendidas pela unidade, estão compostas de 9 bairros: JSN, F, JSM, LP, JC, BV e MBV. As diversas atividades de assistência à saúde, desenvolvidas na unidade A, são realizadas por profissionais de saúde municipais e por profissionais com vínculo trabalhista com uma Universidade privada, localizada nas proximidades da unidade. Consiste assim, em um trabalho de parceira, no qual, a unidade se beneficia com os profissionais de saúde contratados pela Universidade e esta com a disponibilidade de campo de estágio para acadêmicos dos Cursos de Graduação em Ciências da Saúde (Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Nutrição, Odontologia).

A Universidade disponibiliza, ainda, alguns recursos à unidade como, medicamentos da farmácia básica, imunobiológicos, materiais para realização de exame preventivo de câncer (Papanicolau), materiais de consumo de enfermagem, divisão das despesas com aluguel do imóvel e serviço de odontologia.

Na unidade A, são desenvolvidas atividades voltadas para educação em saúde, envolvendo diversos grupos vulneráveis, sendo possível compreender nesse processo, a dinâmica de assistência aos sujeitos e famílias.

De acordo com relatório elaborado pela coordenação da unidade, referente às atividades assistenciais, desenvolvidas durante o ano de 2008, são oferecidas consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, serviços de curativo, vacinação, administração de medicamentos, nebulização, controle de pressão arterial e diabetes. São também fornecidos medicamentos da farmácia básica à população, recolhimento de encaminhamentos para consultas com especialistas e exames laboratoriais e de diagnóstico, visitas médicas, de enfermagem e curativos domiciliares.

As consultas médicas oferecidas são agendadas, semanalmente, no balcão da recepção com distribuição de senhas nas sextas-feiras a partir das 7h30min. Idosos a partir de 60 anos, crianças menores de 1 ano e gestantes têm consultas garantidas, agendadas a qualquer dia e horário. As consultas de enfermagem também são agendadas em qualquer dia e horário. Todos os usuários são atendidos no horário agendado, registrado no cartão SUS, devendo chegar com 10 minutos de antecedência, para verificação da pressão arterial, do peso e altura.

Não há atendimento de emergência na unidade A. Situações de emergência são encaminhadas diretamente para o serviço de Pronto Atendimento, localizado próximo à área de abrangência da unidade.

Ainda de acordo com relatório produzido pela coordenação da unidade, os atendimentos estão classificados segundo grupos específicos tais como:

_ **saúde da criança e do adolescente:** neste grupo são desenvolvidas atividades como teste do pezinho, imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor acompanhamento na prevenção de alterações posturais, através da abordagem da fisioterapia, grupos temáticos para adolescentes, grupos de educação em saúde para criança, grupos de orientação profissional, avaliação psicoeducacional, psicoterapia breve individual e familiar.

_ **saúde da mulher:** atividades como imunização, pré-natal, preventivo do câncer do colo uterino e da mama, fisioterapia preventiva, grupo de gestantes e de orientação de mães, planejamento familiar, psicoterapia breve individual e familiar.

_ **saúde do adulto / trabalhador:** imunização, fisioterapia preventiva e clínica, prevenção e tratamento de doenças ocupacionais e crônico-degenerativas, psicoterapia individual e grupal.

_ **saúde do idoso:** prevenção e controle de doenças da 3ª idade, grupo da terceira idade, psicoterapia breve individual.

_ **saúde da Família e Agentes Comunitários da Saúde:** desenvolvimento das atividades previstas na ESF e do Programa de Agentes Comunitários.

Além desses atendimentos, são desenvolvidas outras atividades gerais como:

- **consulta e atendimento individuais nas áreas de medicina, odontologia, enfermagem, psicologia e fisioterapia.**

_ **distribuição de medicamentos da Farmácia Básica.**

_ **reuniões mensais na unidade:** com todos os profissionais da unidade, com vistas à resolução de situações adversas, assim como para melhor planejar e organizar as ações desenvolvidas no dia-a-dia da clínica.

_ **projetos TCC:** desenvolvimento de Trabalhos de Conclusão de Curso de Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia.

_ **atividades de Ensino e Extensão.**

Segundo dados da Secretaria de Saúde, foram desenvolvidos, alguns projetos com apoio da Prefeitura do município A, durante o ano de 2009, sendo eles: o **Projeto Ciranda**, lançado no início do ano e desenvolvido mensalmente, em bairros e aberto a toda comunidade residente no município. De acordo com os organizadores do projeto, essa proposta visa estimular a população à uma vida mais saudável, à

prática de esportes e à prevenção de doenças, sendo uma das estratégias para o fortalecimento das ações de atenção básica e à mudanças nas práticas de Saúde da Família.

O projeto é desenvolvido uma vez por mês e conta com a participação de profissionais de saúde, como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. As atividades desenvolvidas são: a interação entre profissionais de saúde e a população, esclarecimentos de dúvidas sobre alimentos saudáveis, atendimentos como verificação de pressão arterial, massagem Do-in, controle de glicemia e avaliação de peso/altura/índice de massa corpórea. O programa foi iniciado com caminhadas no bairro, com a participação de um profissional de educação física e por meio de esclarecimentos sobre alimentos, com uma nutricionista.

Outro projeto desenvolvido com a comunidade, identificado no relatório da Secretaria de Saúde, acerca das ações de promoção da saúde, foi denominado de **Linha Verde**. O Linha Verde é desenvolvido pelo curso de Naturologia Aplicada de uma Universidade privada, próxima à unidade de saúde do município A, também com o objetivo de auxiliar a população do município na prática de hábitos para uma vida mais saudável. Desenvolve atividades como orientações sobre o uso das plantas medicinais, com exposição de mudas e fotos de plantas comumente usadas como fitoterápicos, além de entrega de material didático como folder educativo e atendimento à população com práticas naturais como a reflexologia.

Participam do projeto três professores enfermeiros e diversos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, sendo uma parceria do curso de Naturologia Aplicada e Secretaria de Saúde do município A. A parceria envolve também a realização de atendimentos com as práticas naturais aos usuários do SUS encaminhados pelos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Como se pode observar, os dados apresentados pela Secretaria de Saúde, relativos às atividades de promoção da saúde, sinalizam preocupação, com a saúde da comunidade. As equipes da ESF realizam palestras em escolas, associações e na própria unidade, bem como grupos de educação em saúde, tais como: encontro de hipertensos e diabéticos, grupo de gestantes, grupo de caminhada e grupo de convivência.

Os atendimentos de Fisioterapia e Psicologia são referências para a população de todo o município, bem como da comunidade universitária. Assim verificamos que a população do município A e

especialmente a área de abrangência da unidade de saúde investigada, conta com apoio de vários órgãos da administração pública, dos cursos de graduação de uma Universidade com atuação na comunidade e com interesse político para avançar em ações voltadas para a promoção da saúde.

Este contexto de investigação evidencia um cenário importante para ser conhecido. Se estes projetos têm influenciado as ações de saúde de uma equipe de saúde local e o quanto estas ações aproximam-se da promoção da saúde, da vida e da segurança é um caminho em aberto, que buscou-se investigar nesta pesquisa.

6.2 CARACTERIZANDO O MUNICÍPIO B, A UNIDADE DE SAÚDE E AS EQUIPES ESF

A unidade de saúde do Município B, pertence à um município de médio porte, com aproximadamente 306.000 habitantes. O clima predominante é subtropical, com temperatura média anual superior a 25°C, com verões chuvosos e quentes e invernos secos. A unidade básica de saúde selecionada está localizada em um bairro próximo a uma Universidade Pública e atende uma população de aproximadamente 30.000 habitantes. Recebe diversos alunos de cursos de graduação, como Enfermagem, Farmácia, Psicologia e Biomedicina. Atende uma população proveniente dos bairros VE, JN, CJ e ZS. A unidade de saúde possui uma área construída de 3050m².

A unidade de saúde B abriga duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, que atendem a área denominada 37 e 38, respectivamente. A equipe da área 37, é formada por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde, totalizando 8 membros; a equipe da área 38, que estava incompleta, no momento da coleta de dados, era formada por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde, totalizando sete membros. A cobertura do/a médico/a ausente na equipe 38, era feita pela médica da equipe 37, em situações de urgência/emergência e também por outros/as médicos/as, que atendiam em outras unidades, e que compareciam à unidade B, uma vez por semana, para auxiliar a equipe incompleta, sendo que suas atividades resumiam-se as consultas em consultório. As demais atividades, como

visitas domiciliares e atividades em grupo eram realizadas esporadicamente pela enfermeira da equipe 38.

A unidade B atendia uma população de 1667 famílias, até o momento da coleta de dados, de acordo com o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de agosto de 2009. A equipe B 37 possuía 882 famílias cadastradas e a equipe B 38, 785 famílias, totalizando assim, 1667 famílias ou 5.249 pessoas.

Tabela 2- Caracterização das equipes da ESF da unidade B e dos usuários/famílias cadastradas, maio a setembro de 2009.

<i>Unidade de Saúde</i>	<i>Famílias</i>	<i>Pessoas</i>	<i>Composição das equipes ESF</i>
Equipe B 37	882	2768	1 médica, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 ACS
Equipe B 38	785	2481	1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 ACS
Total	1667	5249	15 membros

O tipo de atendimento prestado nesta unidade consiste na assistência de enfermagem, consultas médicas (clínica geral, pediátrica, ginecologia e obstetrícia), atendimento psicológico e odontológico. Disponibiliza ainda de coleta de exames laboratoriais, administração de imunobiológicos, medicamentos injetáveis e orais, curativos, inalação, pré consulta (acolhimento) e farmácia básica para distribuição de medicamentos.

Não foi disponibilizado pela coordenação da unidade, o relatório referente às atividades gerais desenvolvidas na unidade de saúde. O acesso aos documentos dos relatórios das atividades desenvolvidas na unidade, foi exclusivamente àqueles referentes ao trabalho das equipes da ESF. Assim a análise da cobertura e o acompanhamento pelas equipes de saúde da família foram identificados principalmente nas entrevistas, nas fichas de cadastro familiar (Ficha A) e de acompanhamento individual (Ficha B) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), nos cadastros do Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)¹³ e nos prontuários.

¹³ HIPERDIA- Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Tem por finalidade permitir o monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Pode ser implantando em diferentes locais de instalação: unidades básicas de saúde, distritos sanitários e secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2002).

São realizadas visitas domiciliares mensalmente pelo ACS, para acompanhamento principalmente de usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes, além de acamados e portadores de alguma condição temporária que necessite de acompanhamentos ou doença crônica.

As ações de Promoção da Saúde realizadas pelas equipes do município B, são voltadas para o desenvolvimento de Grupos de Riscos como Hipertensos e Diabéticos, no qual são realizadas as seguintes ações assistenciais: alongamento e caminhada, três vezes por semana, acompanhamento contínuo à esses usuários, o qual é feito por meio de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético em no formulário Hiperdia e no formulário individual de Acompanhamento de Hipertensos/Diabéticos.

Nessas fichas, registram-se informações pessoais como nome e endereço, dados como uso de medicamentos, exercícios físicos, níveis de pressão arterial e de glicemia e data da última consulta médica, as quais são observadas mensalmente, por meio de visita domiciliar, pelos ACS e Auxiliar de Enfermagem.

A prioridade para grupos de hipertensos e diabéticos, pode ser explicada pelos índices de mortalidade e morbidade por doenças crônicas, bem como pelas limitações e conseqüências que estas ocasionam no portador.

Nesse aspecto, Baptista, Marcon e Souza (2008) indicam modificações na composição populacional, com o aumento da população acima de 60 anos, que exigem olhares diferenciados sobre o padrão de morbi-mortalidade, agora com peso mais significativo das doenças crônico-degenerativas. São atribuídas a essas doenças a responsabilidade por, aproximadamente, 50% das mortes, e é fato que os principais fatores de risco para a sua ocorrência são a obesidade, alto nível de colesterol, hipertensão arterial, tabagismo e alcoolismo.

A hipertensão arterial é importante fator de risco para a ocorrência de agravos cardiovasculares que se constituem nas principais causas de óbito e hospitalizações. O acidente vascular encefálico é a primeira causa de incapacidades em adultos nos países industrializados. Estimativas indicam que 40% dos acidentes vasculares encefálicos que incidem sobre os pacientes hipertensos, com o tratamento adequado, poderiam ser evitados. Ademais, a hipertensão arterial é um dos problemas de saúde mais prevalentes. Calcula-se a existência de 600 milhões de hipertensos em todo o mundo. No Brasil, a prevalência da hipertensão arterial varia de 40% a 50% da população acima de 40 anos (BAPTISTA, MARCON e SOUZA, 2008).

A priorização do cuidado a esse segmento populacional é orientada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), que estabelece como responsabilidade dos municípios, as ações estratégicas em áreas prioritárias de saúde, entre elas, o controle da hipertensão arterial (OPAS, 2003). A implantação da Estratégia Saúde da Família exige visão ampliada do conceito de saúde ao introduzir concepções como de vigilância, integralidade, planejamento local, gestão colegiada e reorientação do trabalho na lógica programática, com ênfase nos grupos populacionais em situação de risco (BAPTISTA, MARCON e SOUZA, 2008)

Nessa abordagem, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) têm papel relevante na construção de instrumentos que promovam o monitoramento e avaliação de metas, inclusive as pactuadas entre as esferas de governo.

6.3 CARACTERIZANDO OS USUÁRIOS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES A E B

Analisando o perfil demográfico e de morbidade dos usuários entrevistados, verificou-se que a faixa etária dos 19 participantes variou entre 25 e 77 anos de idade, com predomínio entre 40 e 55 anos. Os usuários entrevistados tinham experiência de atendimento pelas equipes da ESF, entre cinco a dez anos. Dezoito entrevistados eram do sexo feminino e um do sexo masculino. No município A, foram entrevistados 8 usuários, identificados como A1, A2, A3 e assim sucessivamente e no município B, foram entrevistados 11 usuários, identificados como B1, B2, B3 e assim por diante.

Com relação à condição de saúde/doença, 17 usuários relataram possuir pelo menos uma doença ou problema de saúde e 2 relataram possuir um membro da família, portador de doença. As principais doenças relatadas foram: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus não especificado, Alteração no Nível de Colesterol, Sequela de Acidentes Vascular Cerebral, Incapacidade Física (decorrente de acidente de trânsito), Labirintite, Parkinson, Dor, Osteoporose, Doença de Chagas, Hipotireoidismo (Transtornos da Glândula Tireóide), Rinite e Transtorno Mental Orgânico.

Olha...tenho pressão alta, né? Já faz parte, né?
Nem diabetes, nem colesterol. Único problema

grave que eu tive, foi câncer de útero, que eu tirei tudo, né? Graças a Deus. Já faz dois anos e pouco... Faz uns três anos, na verdade (B2).

A minha mãe. Teve derrame... (B3).

Eu tenho pressão alta. A minha irmã, ela teve um problema de estômago, que não descobriu o que é. Fez exame não deu nada (A3).

Aquele negócio que eu tenho na cabeça é a pressão que sobe e dá dor de cabeça... Eu não era hipertensa. Às vezes eu era e não sabia, né? Quando eu descobri, eu tinha uma dor de cabeça, que eu saía para rua andar, sabe? Para passar a dor de cabeça. E de vez em quando eu ainda tenho (A4).

Os dois entrevistados que não possuíam doença, quando questionados sobre o assunto, trataram logo de relatar outros membros que possuíam doença.

Ah! A minha sogra, esteve internada há quase um mês. Meu cunhado teve AVC (Acidente Vascular Cerebral). Meu marido também, tem problemas de pressão alta. Tu vê! Meu marido. A pressão já é alta, não procura (ajuda). Tem pedra no rim. Quando a dor ataca, ele chamava o SAMU. A pressão fica alta. Está esperando chamar para fazer a cirurgia. O PSF fez encaminhamento. Só... (A5).

Então... desde que, minha avó teve esse problema e ela ficou acamada, faz mais ou menos uns 7 anos, acho! Ela teve câncer no intestino, aí ela operou e aí depois disso, ela teve um tombo, ela caiu, quebrou a bacia e não andou mais. Ela fica na cama e na cadeira dela! A minha mãe que cuida (B4).

A minha mãe. Ela teve vários AVC (Acidente Vascular Cerebral). Esse último atendimento

agora, eu tive assim, um atendimento fantástico!
Quanto esse pessoal me ajudou, meu Deus! (B3).

Observa-se nas falas acima descritas, que a referência à condição de morbidade destacou-se na maioria dos entrevistados, sendo que mesmo naqueles que não se consideravam doente, havia lembranças de algum parente próximo, amigo ou vizinho, que era portador de alguma doença.

As lembranças de situações de morbidade, predominante nos relatos dos usuários saudáveis levam a pensar que, apesar destes usuários não possuírem doença, apesar das relações entre o entendimento sobre a doença e as experiências subjetivas, o modelo assistencial tradicional acaba exercendo influências, no modo das pessoas pensarem e se expressarem sobre as enfermidades.

Com relação às ações assistenciais recebidas pelas equipes de ESF, pelos dois usuários que se denominavam saudáveis, ficou evidente que, as visitas domiciliares são menos frequentes ou não são realizadas, sendo que, a relação existente entre eles, restringe-se principalmente à consulta médica ou outras atividades assistenciais, realizadas principalmente na unidade de saúde.

Observou-se também, nas falas de alguns usuários, o desconhecimento acerca da essência e do trabalho das equipes de ESF.

Eu sempre tive atendimento pelo SUS. No caso, agora é de novembro para cá (pelo AVC da mãe). Nossa, tem mais de vinte anos de atendimento. Desde que eu estou aqui em (Município B), eu sempre ocupei os postos para fazer prevenção, para pegar remédios e para atendimentos de emergência. Sempre, sempre, sempre, sempre fui atendida por eles (B3).

Eles atendem ali no salão da igreja toda segunda e quarta, à tarde, no salão. O médico atende ali, ele dá consulta. Ali eles atendem, e quem quer ser atendido, pode ir ou se quiser pedir para agendar. Não precisa ir lá no posto [...] Visita domiciliar a gente recebe sim, quando minha mãe pede! Esse dia eles foram aplicar vacina, e como a gente sabia que tinha um idoso, eles foram aplicar a vacina, não é assim agendado, programado. No

nosso caso, por causa da minha avó, por que ela não tem condições de se locomover, a gente não teria condições de levar ela. Quando a gente precisa, ela agenda (B4).

Eles visitam pouco, não sei a diferença entre PSF e o posto (A5).

7 OS ARTIGOS PRODUZIDOS

Os resultados desta pesquisa seguiram a Instrução Normativa 06/PEN/2009 aprovada em 02/12/2009, a qual altera o critério para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem (ANEXO A). De acordo com esta instrução normativa, as teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já no formato final para encaminhamento à periódicos científicos.

Nesta pesquisa, a apresentação e discussão dos resultados, de acordo com o novo formato de apresentação de teses descrito na Instrução Normativa mencionada acima, estão contempladas neste capítulo, articulando três artigos e a síntese final da tese está contemplada nas Considerações Finais. O primeiro artigo consiste em uma revisão crítica sobre o tema modelo assistencial intitulado: **O debate sobre modelo assistencial em saúde e desafios para a construção de um novo modelo.**

O segundo e terceiro artigo apresentam os resultados obtidos nas entrevistas e estudo documental. Com base no referencial teórico desenhado, procurou-se identificar, no relato acerca das ações desenvolvidas pelas cinco equipes da ESF das unidades de saúde investigadas, as aproximações e distanciamentos com um novo modelo assistencial em saúde, agrupando-os em cinco grandes categorias temáticas, quais sejam: **Promoção da Saúde; Defesa da Vida; Promoção da Segurança; Relações dos Usuários com as Equipes, Trabalhadores e Serviços de Saúde; Concepções sobre Saúde-Doença.**

Os dados relativos às quatro primeiras categorias estão articulados no segundo artigo intitulado: **Novo modelo assistencial em saúde: o que dizem os usuários da Estratégia Saúde da Família.** Já os dados relativos à última categoria **Concepções sobre Saúde Doença** encontram-se discutidos no terceiro artigo, intitulado **Concepções de Saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família: Consensos e Dissensos.**

No segundo artigo, com relação à **Promoção da Saúde** e a **Defesa da vida** foram analisadas as aproximações e distanciamentos das ações assistenciais com ações voltadas para a **promoção da saúde, da integralidade em saúde, com a responsabilização e com a defesa da**

vida. Com relação às ações voltadas para a Promoção da Segurança, foram identificadas aquelas relacionadas às **Orientações e medidas para diminuição da violência, vulnerabilidade e riscos**, assim como as que se caracterizaram como **Descaso com a promoção da segurança**. Nas relações entre o usuário e equipes/trabalhadores/serviços de saúde, foram evidenciados o **Vínculo e Acolhimento** aos serviços/trabalhadores/equipes.

Na categoria, relacionada às **Concepções sobre Saúde-Doença** buscou-se identificar nas concepções de saúde dos usuários, as aproximações e os distanciamentos com os pressupostos da biomedicina, assim como, com os pressupostos orientadores de um novo modelo assistencial.

7.1 ARTIGO 1 – A SER ENVIADO À REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA (ANEXO C)

O DEBATE SOBRE MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE E DESAFIOS PARA A COSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO

THE DEBATE ABOUT THE ASSISTENCIAL MODEL IN HEALTH AND A CHALLENGES FOR THE BUILDING UP OF A NEW MODEL.

Hosanna Patrig Fertonani
Denise Pires

RESUMO

Trata-se de uma revisão crítica do debate atual sobre modelo assistencial em saúde, contemplando os avanços e desafios para a construção de um novo modelo. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e da Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina, publicados no período entre 1990 a 2009. Foram selecionados 63 artigos, 4 teses, 3 dissertações, 13 livros e 4 documentos/relatórios relativos ao tema. O crescimento do debate sobre modelo assistencial no Brasil acompanha o processo da Reforma Sanitária, da implantação do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, ocorrido ao longo dos últimos vinte anos, resultando em diferentes entendimentos sobre o tema na literatura. A construção de ‘novo’ modelo assistencial pode ser apreendida em âmbito nacional, no contexto do SUS, com a Estratégia Saúde da Família e com a Política Nacional de Promoção da Saúde e em âmbito internacional, nas discussões políticas de *Health Promotion* e *Safety Promotion*.

PALAVRAS-CHAVE: sistema de saúde, saúde da família; políticas de saúde, promoção da saúde, *safety promotion*; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

It is about a critical review of the current debate about the assistential model in health, concerning the advances and challenges for the building up of a new model. A bibliographical research on the theme was done in the Virtual Library in Health (VLH), of the Post-Graduation Program in Nursing and the Library of the Federal University of Santa Catarina, which was published in the period between 1990 and 2009. It was selected 63 articles, 4 thesis, 3 dissertations, 13 books and 4 documents/reports on the theme. The growth of the debate about the assistential model in Brazil follows the process of the Sewage Reform, the establishment of SUS and of the Health Strategy of Family, which took place along the last twenty years, resulting in different understanding about this theme in the literature. The building up of a 'new' assistential model can be understood within the national context, in the context of SUS, with the Strategy Health of Family and with the National Policy of Health Promotion, and within the international context, in the political discussions of Health Promotion and Safety Promotion.

KEYWORDS: health system, family health; health policies, health promotion, *safety promotion*; primary attention to the family.

INTRODUÇÃO

O cenário político, econômico e legal, da atenção à saúde brasileira, nas últimas décadas, tem estimulado o debate acerca do modelo assistencial vigente. A década de 1980 e 1990 constituíram-se em um marco de discussões acerca do setor saúde e do modo de prestar assistência. Os temas deste debate incluíram o conceito de saúde, o direito à saúde, o acesso aos serviços de saúde, a organização dos serviços e sistema, as formas de atenção às necessidades de cuidado das pessoas, a integralidade e o problema dos custos do setor¹⁻⁶.

Este período se caracteriza por ser um cenário de importantes reformas do sistema de saúde frente aos problemas e sucessos para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988⁷ e as Leis

8080 e 8142/1990⁸. Conquista-se o entendimento de que, saúde é um direito universal, que depende de condições de vida, que os esforços neste campo ultrapassam a esfera profissional dos serviços legalmente instituídos e que, o estado brasileiro deve responsabilizar-se pelo provimento de serviços que, atendam às necessidades de saúde em sua integralidade.

No entanto, no que diz respeito às mudanças no modelo assistencial, os avanços têm sido pequenos e o debate se amplia após a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, como verificado nas Conferências Nacionais de Saúde. O tema central da X Conferência Nacional de Saúde⁹, em 1996, foi “SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida”² e na XI Conferência Nacional, é resgatada novamente essa discussão em um subtema denominado “Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde”¹⁰. Atualmente permanecem discussões no que diz respeito às possibilidades para que as práticas assistenciais sejam mais aderentes e permeáveis aos princípios propostos pelo SUS.

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹¹, a partir de 1994, nos diversos municípios brasileiros foi uma das principais expressões de tentativas de reorientação do modelo assistencial e também de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Configurou-se em um impulso no sentido de buscar a superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi redefinido para Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidando-se como uma estratégia não vertical de mudança no modelo de atenção, cujo foco passa a ser a família, a partir de onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. Utiliza instrumentos da vigilância em saúde, trabalho em equipe, planejamento local e adscrição da clientela. As diretrizes desta proposta desenham um ‘novo’ modelo assistencial, que amplia o olhar para os determinantes do processo saúde-doença, incluindo o olhar para os problemas decorrentes do processo de viver da sociedade moderna, como as condições sociais, estilo de vida, violência, situações de risco, condições de trabalho, dentre outros.

Este desenho se contrapõe às características do modelo assistencial hegemônico nos serviços de saúde, o modelo biomédico ou da biomedicina, as quais se assentam, na fragmentação do cuidado, ênfase em procedimentos e ações curativas, com prioridade para o tratamento das doenças, das lesões e dos danos e tecnificação do ato

médico.¹² Se por um lado, este modelo tem sido ressaltado por seu potencial para promover a cura de diversas doenças complexas que afligem os seres humanos, como o Câncer e a AIDS, para o alívio da dor, para a reparação de danos físicos e para a cura ou controle dos efeitos de diversas doenças, dentre outros benefícios, por outro lado, identificam-se limites em atender aspectos relacionados aos amplos determinantes do processo saúde-doença, como as condições sociais, ambientais e de vida, bem como às necessidades dos usuários dos serviços de saúde.^{1,13-18}

No entanto, apesar da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 e da ESF em 1994, a reorientação do modelo assistencial coerente aos princípios e ideais de um novo modelo que rompa com a estrutura clássica da biomedicina permanece ainda hoje, um desafio para equipes, profissionais e serviços de saúde. Estudos desenvolvidos acerca do potencial da ESF para mudanças em relação ao modelo biomédico, mostram muitas fragilidades, com ações centradas no médico, no tratamento e reabilitação de doenças, não há trabalho em equipe e as práticas de atenção aos usuários não consideram seu contexto de vida, familiar e social^{6:19-21}.

Neste contexto de discussão sobre modelo assistencial, reflexões a respeito do que seria um modelo assistencial ideal e quais os desafios e possibilidades colocadas na realidade, cresceram significativamente nos últimos quinze anos, em especial no Brasil após a implantação da ESF, identificando-se, na literatura, uma diversidade de conceitos e entendimentos sobre o tema. Face a relevância deste debate, o presente artigo pretende caracterizar as diferentes concepções sobre o tema modelo assistencial presente na literatura e as principais alternativas de mudanças propostas.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão crítica acerca do tema modelo assistencial, na literatura brasileira e latino-americana, utilizando-se as palavras-chave “modelo assistencial em saúde”, “programa saúde da família/estratégia saúde da família”, “promoção da saúde”, “sistema de saúde”; “atenção primária à saúde”.

Foram consultados livros, teses, dissertações, artigos e documentos publicados pelo Ministério da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), disponíveis na base de dados da BIREME/Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME/BVS) (SciELO,

LILACS, MEDLINE) e nas bibliotecas da UFSC/PEN. A busca na base de dados foi realizada no período de dezembro de 2008 a dezembro de 2009. Foram selecionados documentos que discutiam problemas e perspectivas de mudanças no modelo assistencial, publicados entre janeiro de 1990 a dezembro de 2009 e disponíveis na íntegra, em português, espanhol e inglês, obtendo-se 63 artigos, 4 teses, 3 dissertações, 13 livros e 4 documentos/relatórios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dos documentos selecionados foram sistematizados em três categorias: **a relevância do debate sobre modelo assistencial; conceitos sobre modelo assistencial e propostas de novo modelo assistencial em saúde.**

A relevância do debate sobre o modelo assistencial

A relevância do debate sobre modelo assistencial em saúde, é verificada pelo crescimento de discussões sobre o tema e na determinação de propostas políticas voltadas para mudanças em direção à construção de um novo modelo, nos últimos vinte anos.

Apesar dessa relevância, existe uma grande confusão na literatura sobre o entendimento de modelo assistencial. Verifica-se uma diversidade de terminologias para tratar do tema, bem como, para caracterizar modelo assistencial.

A década de 90, no Brasil, caracteriza-se por ser a década das reformas do sistema nacional de saúde e o debate sobre modelo assistencial, demonstra os problemas e sucessos para a efetivação dos princípios do SUS. Dentre eles, destaca-se possibilidades de melhorias no acesso, na integralidade das ações, no acolhimento e na vigilância em saúde. O PSF/ESF se expressa como política de reorientação do modelo assistencial em conformidade com os princípios do SUS, e as produções teóricas sobre a estratégia, demonstram a relevância da mesma para o setor saúde.

A partir do ano de 2000, as produções sobre o tema, aumentaram significativamente, identificadas em teses, dissertações, livros e artigos, os quais tratam dos limites e potencialidades deste “novo modelo” para superar problemas decorrentes do modelo biomédico.

O gráfico a seguir, mostra o crescimento das publicações sobre o tema modelo assistencial na realidade brasileira e em âmbito internacional, no período de 1990 a 2009.

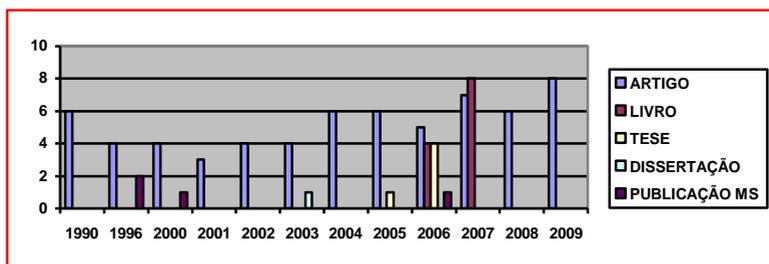


Gráfico 1 – Número de publicações sobre o tema modelo assistencial no Brasil e em países da América Latina, no período de 1990 a 2009.

Concepções sobre modelo assistencial

Não há uniformidade na literatura no que diz respeito ao emprego do termo modelo assistencial, identificando-se diferentes conceituações e denominações como: “modelo de atenção”, “prestação da atenção”¹, “modos de intervenção” “modos de produzir saúde”, “modelos de cuidado”, “modalidade assistencial”¹⁴, “modelo tecno-assistencial” e “modelo tecnológico”^{16,17,22}.

Cecílio¹⁷; Merhy¹⁶, Malta et al²², Paim¹ e Silva Júnior e Alves²³ referem-se a modelo assistencial como um **processo tecnológico**, utilizando-se das seguintes denominações: “modelo tecno-assistencial”, “modelo técnico-assistencial” ou “modelo tecnológico de atenção à saúde”.

Nessa perspectiva, modelo assistencial segundo Merhy¹⁶, é entendido como uma “tecnologia do trabalho em saúde” e a assistência como uma “tecnologia de cuidado”, que se opera por arranjos tecnológicos. As tecnologias do cuidado em saúde, segundo o autor, são agrupadas em três tipos: tecnologia leve, tecnologia leve-dura e a tecnologia dura. A mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, ou seja, o predomínio do “trabalho vivo” sobre o “trabalho morto”, caracterizando em uma “transição tecnológica”, fundamentada nas tecnologias leves ou relacionais, centrada nas necessidades dos usuários.¹⁶

Paim¹ define modelos assistenciais ou modelos de atenção como “combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de

saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde”. É uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Estas combinações tecnológicas estão se estruturam em função dos problemas de saúde, decorrentes de danos e riscos, os quais compõem o perfil epidemiológico de uma determinada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas”.¹

Lucena et al²⁴ apresentam uma reflexão acerca das principais características dos modelos assistenciais na história, apontando duas principais vertentes: o modelo clínico que nasceu no final do século XVIII e o modelo epidemiológico que começou a ser gestado após o surgimento das epidemias que predominaram nos séculos XVII, XVIII e XIX na Europa Ocidental. Na concepção das autoras modelo assistencial é resultado de “uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico, para atender aos interesses de grupos sociais”. Trata-se de “uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde”,^{24:293} é mais que um conjunto de práticas de atenção, envolve uma concepção macro-política de organização dos serviços de saúde.

Pires^{15:19} não trata especificamente de modelo assistencial, mas ao abordar o processo de trabalho em saúde pontua que a estrutura assistencial institucional em saúde, em cada momento histórico, é influenciada por multideterminantes como: a cultura e o paradigma de ciência das diversas sociedades que, em cada momento histórico, influenciam o modo de entender o processo saúde-doença, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas; a história da organização das profissões do campo da saúde; os conhecimentos científicos já acumulados e os recursos tecnológicos disponíveis; as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico; o grau de organização político-sindical dos trabalhadores de saúde; o arcabouço legislativo relativo ao papel do Estado no setor; as relações de trabalho; e as demandas das classes sociais e de diferentes grupos em relação à saúde e sua capacidade de influenciar nas decisões e de obter conquistas. Na visão desta autora modelo assistencial é um elemento constituinte e constituído pela estrutura institucional em saúde. Diz respeito a dimensão micro, de como são realizadas as práticas cotidianas de atenção a saúde, envolve

relações entre sujeitos cuidadores e usuários, assim como a aplicação de tecnologias terapêuticas.

Campos¹⁴ é um autor referência na discussão acerca de modelos assistenciais, contribuindo com propostas de mudanças tanto para a gestão dos serviços e administração de espaços coletivos na saúde, quanto pela formulação de propostas para construção de um modelo assistencial em saúde em defesa da vida. Considera modalidade assistencial ou modelos tecnológicos como partes integrantes do **modelo tecno assistencial**. No Brasil, segundo Campos pode-se identificar três modelos assistenciais, que não, necessariamente, significam uma ruptura com o modelo biomédico. Estes modelos têm sido implementados, mesmo sob diferentes concepções de políticas de saúde e em diferentes processos históricos. O modelo liberal-privatista, que é baseado na concepção de saúde como uma mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população. O modelo racionalizador/reformista, que é considerado como um caminho de modificação das políticas de saúde cuja característica foi a racionalização da utilização dos serviços públicos de saúde.

O terceiro modelo estaria em construção, tem como fundamento teórico-político o que foi discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde e no SUS em 1990. Utiliza algumas bases do modelo biomédico, mas pretende superar a perspectiva de fragmentação das práticas assistenciais por meio de uma abordagem interdisciplinar e do indivíduo nas suas relações familiares e sociais. Estas indicações estão presentes nas diretrizes do SUS e foram resgatadas na Estratégia Saúde da Família.

Na concepção deste autor¹⁴, modelo assistencial não deve ser entendido somente no desenho organizacional e técnico das normas e regras, mas no modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza para dar conta deste processo. Assim, este conceito tem duas utilidades: uma analítica, que permite identificar um determinado modo de prática assistencial e uma operacional, possibilitando pensar em novos modelos.

Mendes²⁵ também faz uma relação da história das políticas públicas de saúde, brasileiras, com a conformação do modelo assistencial hegemônico e aponta que, historicamente, as políticas públicas de saúde e os modelos assistenciais no Brasil, foram afetados por interesses econômicos. Neste contexto destaca três modelos: o modelo que predominou no início do século XX até o final dos anos de 1950, denominado de modelo sanitário ou sanitarismo campanhista,

seguido do modelo médico assistencial privatista na década de 1980 e atualmente, o modelo segmentado vigente. Na concepção do autor, modelo assistencial aproxima-se da idéia de concepções políticas para o setor e tem uma dimensão mais macro política-estrutural, de visão sobre o direito à saúde e o acesso aos serviços sem tratar da dimensão micro social das relações entre profissionais e usuários.

Silva Júnior e Alves¹² entendem que modelo assistencial resulta do modo/forma como são organizadas as ações de atenção à saúde, em dada sociedade, envolvendo aspectos de organização e articulação de recursos físicos tecnológicos e humanos. Para os autores, existem diversos modelos no mundo, relacionados aos conceitos de saúde, às tecnologias disponíveis e às escolhas políticas e éticas.

Propostas de novo modelo assistencial em saúde no contexto brasileiro

Duas importantes políticas públicas de saúde, que dialogam entre si, se apresentam como propostas para a construção de um novo modelo assistencial em saúde. São elas: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A ESF resulta de uma tentativa de resgatar os princípios do SUS e articular diferentes propostas alternativas que foram se conformando entre a década de 1980 a 1990, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF). A implementação desta estratégia ampliou o debate sobre os investimentos na atenção primária, sobre a questão do acesso e sobre modelo assistencial. A forma de organização e hierarquização das redes assistenciais e a idéia da complexidade crescente, em direção ao topo da “pirâmide assistencial”, ou seja, hospital no topo e rede básica (ESF) como porta de entrada do sistema de saúde, tem estimulado reflexões e críticas, sobre como promover a articulação entre os diferentes níveis de assistência e assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades.^{12,14,17}

A ESF apresenta-se como a política estruturante de um novo modelo assistencial em saúde, assentada nos princípios do SUS, destacando-se a integralidade, o acesso/acolhimento/responsabilização e humanização; o foco na família e práticas interdisciplinares. A diretriz de integralidade do cuidado nas ações assistenciais tem sido apontada na literatura como possibilidade para se repensar o modelo assistencial, à medida que permite a compreensão do ser humano como totalidade em interação com o meio ambiente e o social. A integralidade em saúde tem

vido associada às categorias de vínculo, humanização e responsabilização, consideradas como fundamentais, por possibilitarem novas relações entre trabalhadores e usuários, centradas na satisfação das necessidades destes últimos.⁴

A PNPS, criada pelo Ministério da Saúde, pela portaria 687/2006, apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, visando compor redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, com participação de todos na proteção e no cuidado com a vida.²⁶

A essência do documento é a promoção da saúde como forma de aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS e também como fortalecimento e qualificação estratégica Saúde da Família. Descreve importantes ferramentas para a qualidade de vida como a promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de vida e alimentação, o controle do tabagismo e do uso abusivo de bebida alcoólica; a redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, assim como caminhos para a promoção do desenvolvimento sustentável e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

O objetivo desta política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos para a saúde relacionados aos determinantes e condicionantes do modo de viver.²⁶

Nesta mesma direção, um modelo denominado por Campos¹⁴ “Em Defesa da Vida”, pode ser resgatado como proposta reorientadora de novas práticas assistenciais, no sentido de fortalecer o “SUS que dá certo”. O novo modelo assistencial propõe como eixo orientador das práticas em saúde, a defesa da vida, no sentido de enfrentar questões que dificultam o acesso aos serviços de saúde, como a normalização rígida dos processos de organização dos serviços e de definição do acesso; com os modos de cuidar, centrados na doença e “nas queixas”, bem como, com os modos de trabalhar que destituem a capacidade de decidir e as possibilidades de participação dos trabalhadores no seu processo de trabalho.

Propostas de um novo modelo assistencial em âmbito internacional

Um conceito formulado recentemente, em âmbito internacional, amplia o tradicional *Health Promotion*, incluindo a promoção da segurança como um dos elementos determinantes da saúde, foi denominado de *Safety Promotion*.³⁰ Este conceito surge a partir de

várias discussões ocorridas na Suécia, por meio de pesquisas e programas desenvolvidos no Instituto Karolinska. Suas origens também estão nas “*World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion*, com apoio da *World Health Organization (WHO)*. O conceito de *Safety Promotion* (Promoção da Segurança) foi publicado em 1998 como *um processo que pode ser aplicado em nível local, nacional e internacional por indivíduos, comunidades, governos e outros, incluindo empresas e organizações não governamentais para desenvolver e sustentar a segurança. É um estado no qual riscos e condições que levam a danos físicos, psicológicos ou materiais, podem ser controlados.*²⁷

Os estudos iniciaram-se com a abordagem das questões relativas à prevenção de danos, decorrentes de acidentes por causas violentas, nos serviços de saúde, durante a década de 1970 a 1980. Posteriormente incluiu-se a preocupação com a promoção da segurança das pessoas, com foco no ambiente onde vivem e trabalham, pensando nas possibilidades para promoção de uma comunidade segura (*Safety Communities*).²⁷ Este conceito tem se espalhado por diversos países, fundamentado na idéia da promoção da segurança e no fato de que, o processo saúde-doença envolve aspectos relacionados ao processo de viver humano. Nesta abordagem, a atenção à saúde deve incluir ações de prevenção, redução e controle da violência, medidas de organização das cidades (casa, ruas, instituições) para melhorar a qualidade de vida e a segurança, o cuidado do meio ambiente; a organização dos serviços de saúde e a prevenção de acidentes e danos em geral.

Essas discussões resgatam o conteúdo da Carta de Ottawa, formulada no Canadá em 1986 e as discussões sobre *Health Promotion* da Organização Mundial de Saúde, no sentido de pensar em como capacitar o indivíduo e comunidade para viver bem e com saúde (WHO, 1986).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo bibliográfico demonstra que o debate acerca do modelo assistencial, cresceu nos anos de 1990 até hoje, especialmente no Brasil, com o impulso da implementação do SUS e com a perspectiva de mudança no modelo assistencial em saúde, assentada na Estratégia Saúde da Família. Considerando que esta proposta está estruturada politicamente e implementada em larga escala em municípios

brasileiros, ela estimula o debate, sobre suas potencialidades e limites para mudanças no modelo assistencial.

Contudo, neste debate, não há uniformidade sobre a caracterização do modelo assistencial, assim como, há diferentes conceituações, gerando dissensos que dificultam o estudo sobre o tema.

As diretrizes do novo modelo assistencial, assentado na ESF e na Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil, desenham contornos que se aproximam do que os autores têm indicado como necessário para a construção de um novo modelo assistencial, pois ampliam o olhar para além das tradicionais práticas assistenciais do modelo biomédico, considerando os multideterminantes do viver humano.

Em âmbito internacional, as discussões resgatam e ampliam o conceito de saúde da carta de Ottawa (1986) e da *Health Promotion* (Organização Mundial de Saúde), e o debate sinaliza para a relação entre segurança e saúde, discutindo a prevenção da violência, dos riscos e vulnerabilidade.²⁸

As políticas de saúde prescritas no Brasil têm estimulado reflexões acerca da necessidade de implementação de novos modelos, que preservem os avanços da biomedicina, mas que cuidem das multidimensões do processo de viver humano, constituindo-se em iniciativas com potencial para promover mudanças na realidade dos serviços de saúde. É consensual que para efetiva operacionalização deste desenho, é necessário pensar no cotidiano dos serviços de saúde, assentando-se em princípios de integralidade, vínculo, acolhimento e responsabilização. Estudos nesta direção, apesar de recentes, sinalizam que estes princípios são importantes nas relações entre sujeitos, tornando-as mais humanas e integrais.

REFERÊNCIAS

1 Paim JA. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN. *Epid e saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.p. 567-86

2 Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. 17-21 mar, 1986. Disponível em www.datasus.gov.br/cns/cns.htm.

3 Pinheiro R; Mattos RA. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO. 2001 p. 39-64

4 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001 p. 39-64

5 Viana, ALD e DAL POZ, MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 2005;15(supl).

6 Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). 2009; *Rev C S Col*. 14 (supl 1): 1439-1452

7 Brasil. *Constituição* (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

8 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*. Disponível em www.planalto.org.br Acesso em 15 março 2008.

9 Brasil. Ministério da Saúde. *SUS - Construindo um modelo de atenção à Saúde para a Qualidade de Vida*. Brasília, 1996 Disponível em www.datsus.gov.br/cns/cns.htm Acesso 15 mar 2007

10 Teixeira CF. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000. p. 261-281.

11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

- 12 Silva Júnior AG. Modelos Assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosni MVGB, CORBO ADA (Orgs). *Modelos de atenção e a saúde da família*, 2007. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php> Acesso em 10 dez 2008.
- 13 Helman CG. *Cultura, saúde e doença* (tradução Eliane Mussmich) 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- 14 Campos GWS. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. ed São Paulo: Hucitec, 1994
- 15 Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT: Annablume. São Paulo, 2008.
- 16 Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002
- 17 Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997. v.13(3).
- 18 Capra F. *O ponto de mutação*. 4. ed. São Paulo: Cultrix, 1986
- 19 Fertonani HP. *O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR*. (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2003, 165f.
- 20 Ribeiro EM. *Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): Desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa*. (Tese de Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, 2005, 285 f.
- 21 Scherer MDA. *O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade* [tese]. Florianópolis: UFSC/PEN, 2006. 232 p.
- 22 Malta DC, Jorge AO, Franco TB, Costa MA. Modelos Assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: Malta DC, Cecílio LCO, Jorge AO, Aciole GG (Org.). *Dois lados da mesma*

moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Ministério da Saúde/ANS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. p. 143- 160.

23 Silva Júnior AG. *Modelos Tecnoassistenciais em saúde. O debate no campo da Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec, 1998.

24 Lucena, AF; Paskulin, LM Girardi; Souza, MF; Gutierrez, MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Rev Escola Enf* 2006 40(2) São Paulo jun.

25 Mendes EV. (org). Distrito Sanitário. *O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

26 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p

27 Maurice P, Lavoie M, Charron RL, Chapdelaine A, Bonneau HB, Svanström L, Laflamme L; Anderson. *Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects.* World Health Organisation (WHO)- Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, Sweden/ Collaborating Centre for Safety Promotion and Injury Prevention, Quebec, 1998.

28. Svanström L. Safe Communities and Injury Prevention: Convergence in a global quest or an experiment in “empowered deliberative democracy”?. In: African Safety Promotion. *Journal of Injury and Violence Prevention* 2006, 4 (1).

7.2 ARTIGO 2 – À SER SUBMETIDO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (ANEXO D).

NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE: O QUE DIZEM OS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

NEW HEALTH CARE MODEL: WHAT THE USERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY SAY

Dr^a Hosanna Pattrig Fertoni¹⁴
Dr^a Denise Elvira Pires de Pires¹⁵

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada com usuários da Estratégia e Saúde da Família (ESF), em dois municípios da região Sul do Brasil. Por meio de estudo documental e entrevistas semi-estruturadas, com usuários da estratégia, buscou-se identificar as aproximações e distanciamentos das ações assistenciais prestadas pelas equipes, com um novo modelo assistencial em saúde. Apreendeu-se nos relatos, que as ações assistenciais, aproximam-se mais dos pressupostos do modelo biomédico, com pouca valorização dos princípios do Sistema Único de Saúde, da ESF e da Política Nacional de Promoção da Saúde. Por outro lado, a perspectiva dos usuários sinaliza para um modelo assistencial que considere aspectos positivos da biomedicina, mas incorpore a promoção da saúde, a defesa da vida, da saúde e a responsabilização dos profissionais/equipes de saúde com as práticas assistenciais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família, Sistema de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Promoção da Segurança.

¹⁴ Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC.

¹⁵ Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Doutora em Ciências Sociais. Pós Doutorado University of Amsterdam.

ABSTRACT

This article results from a research of qualitative approach accomplished with users of the Family Health Strategy (FHS), in two municipal districts of South of Brazil. Through documental study and semi-structured interviews, it was sought to identify the users' perspective on the care practices rendered by health teams and their approaches and estrangements facing a new health care model. It was perceived in the users report, that the care actions, are closer to the biomedical model presuppositions, with little valorization of the principles followed by the Basic Health System, the guidelines of the Family Health, and of the Health Promotion. On the other hand, the users' perspective, signals for care practices that take into consideration positive aspects of biomedicine, but which at same time might incorporate into actions, the promotion of health, the defense of life and the responsibility from professionals and health teams regarding the users' current needs.

Keywords: Family Health, Health Care Model, Primary Health Care, Health Promotion, Safety Promotion.

INTRODUÇÃO

Os estudos e debates acerca dos determinantes do processo saúde-doença e das práticas assistenciais no sentido de pensar em possibilidades de torná-las mais resolutivas e voltadas para a promoção de uma qualidade de vida e saúde têm crescido nos últimos vinte anos.

O contexto do processo de viver da sociedade moderna, como o estilo de vida e alimentação, as doenças típicas da atualidade, como as infecto-contagiosas, as crônicas degenerativas, os tumores malignos e o crescimento das causas externas (homicídios, acidentes), são condições complexas que refletem na vida e na saúde das pessoas, exigindo a adoção de novas práticas de saúde, que se constituem em desafios para as equipes e serviços de saúde.¹

Desde o final dos anos 1960, intensificou-se o debate e críticas ao modelo biomédico hegemônico, nos serviços de saúde e na produção dos conhecimentos em saúde, ocorrendo um questionamento ao paradigma, que considera como prioridade os fenômenos biológicos e individuais do processo saúde-doença, que se fundamenta na concepção cartesiana e mecanicista e que tem como foco o corpo, as doenças, as

ações curativas e o tratamento das enfermidades.^{2,3} Esse modelo separa ainda, o ser doente do contexto cultural, social e econômico, o que limita a compreensão da dinâmica do viver e do processo saúde-doença.

No Brasil, a discussão sobre mudanças no modelo assistencial em saúde, vem sendo destaque em diversas instâncias, como na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, na formulação das atuais Políticas Públicas de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, na Saúde da Família em 1994, na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), nas pesquisas e publicações sobre práticas assistenciais, bem como, no debate sobre a organização dos serviços de saúde.⁴⁻⁷

No campo das políticas públicas de saúde, após a Constituição de 1988 e o SUS, cabe destacar duas importantes políticas estratégicas de referência do governo para mudanças no modelo assistencial: a Estratégia Saúde da Família (ESF), atualizada na Política Nacional de Atenção Básica, pela Portaria 648 de 20/03/2006 e a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 (PNPS), as quais contêm um conjunto de princípios norteadores que sinalizam para um novo modelo assistencial em saúde, distinto do paradigma da biomedicina.

A Estratégia Saúde da Família resgata os princípios do SUS e suas diretrizes prescrevem uma assistência integral e contínua, voltada para a família, entendida e atendida a partir do local onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. Inclui, ainda, a promoção de valores como o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.^{6,7}

A PNPS vem fortalecer as diretrizes da ESF, resgatando o contido na Carta de Otawa e preconizando o desenvolvimento de ações voltadas para educação em saúde, para a promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais com o processo de envelhecimento, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento^{7,8}. O debate brasileiro em torno da proposta de Promoção à Saúde está refletido em alguns desdobramentos, como as políticas públicas saudáveis, a vigilância em saúde e a intersetorialidade.

A defesa da vida de Campos⁹ é também uma proposta de reorientação para as práticas assistenciais, baseada na responsabilização e envolvimento de trabalhadores e equipes de saúde, com o processo assistencial. Na concepção do autor, este envolvimento está relacionado

à valorização dos princípios de integralidade e humanização. A integralidade em saúde como forma de compreensão do ser humano como uma totalidade. A humanização, reconhecida pelo Ministério da Saúde, como uma política de fortalecimento de um “SUS que dá certo”, ou seja, de práticas assistenciais que valorizem a humanização e os princípios de defesa da vida e da saúde.

Em âmbito internacional, despontam pesquisas e políticas que mostram a relação do processo saúde-doença com as dimensões do viver em segurança na sociedade atual e com a organização do espaço urbano, pensando-se na possibilidade de criação de comunidades seguras (*Safety Communities*).¹⁰⁻¹¹ Essas discussões foram consolidadas na OMS e nas *World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion* formulando um novo conceito, de *Safety Promotion (SP)* ou Promoção da Segurança, proposto por Maurice et al (1998) e descrito por Svanström (2006). O conceito é definido como *um processo aplicado em nível local por indivíduos, comunidades, governos e outros, incluindo empresas e organizações não governamentais, para desenvolver e sustentar a segurança.*^{11:71-72}

No entanto, as perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, necessitam ser assimiladas no cotidiano, pelos profissionais e equipes de saúde, bem como, requerem novas práticas assistenciais que considerem a perspectiva dos usuários. A reorganização do trabalho na ESF, a partir da vigilância aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, como o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, cultura, dentre outros, contrapõe-se à forma tradicional do modelo assistencial hegemônico.

Visando contribuir com o debate para a construção de um modelo assistencial alternativo no Brasil, que resgate os princípios do SUS e as proposições de modelo assistencial da ESF e PNPS, neste artigo, buscou-se identificar, nas expressões de usuários cuidados por equipes da ESF, as aproximações e distanciamentos das práticas assistenciais com as diretrizes da estratégia, bem como com os princípios de defesa da vida, da saúde e da segurança.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada com usuários de cinco equipes da Estratégia Saúde da Família, de dois municípios da Região Sul do Brasil. Os dois municípios e as

unidades de saúde foram selecionados considerando critérios de intencionalidade e conveniência, ou seja: equipes de ESF que fossem referência de atendimento em Saúde da Família, municípios com ampla disponibilidade de serviços de atenção básica, acessibilidade da pesquisadora com o local de investigação e aos sujeitos da pesquisa.

Foram selecionados usuários cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou na Ficha A (instrumento de cadastro da família); que recebiam acompanhamento periódico da equipe da ESF por pelo menos um ano, que participassem de atividade educativa ou de promoção da saúde; com idade superior à dezoito (18) anos. A seleção dos usuários foi a partir da indicação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e também por alguns usuários, no momento da entrevista, constituindo-se no critério de seleção, denominado “bola de neve”.¹² Em seguida à indicação, foram levantados dados como nome, endereço e telefone dos usuários, os quais foram convidados à participarem da pesquisa, respeitando os critérios éticos relativos à pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Pesquisa com Seres Humanos.

Foram entrevistados 19 usuários, durante os meses de maio à setembro de 2009, por meio de entrevista semi-estruturada, abordando questões relativas às ações assistenciais, das equipes de ESF. A pesquisa incluiu também estudo documental sobre os relatórios de atividades das equipes de ESF. No município A, foram entrevistados 8 usuários, identificados como A1, A2, A3 e assim sucessivamente e no município B, foram entrevistados 11 usuários, identificados como B1, B2, B3 e assim por diante.

A análise qualitativa dos relatos seguiu os passos sugeridos por Bardin¹³, que propõe uma análise categorial temática, ou seja, os relatos dos usuários sobre as práticas assistenciais da ESF foram sistematizados, da seguinte forma: pela leitura sistemática das falas os principais significados contidos em cada fala puderam ser apreendidos; a seguir foi realizada uma leitura transversal do conjunto das entrevistas, buscando identificar os temas significativos. Estes temas foram agrupados de acordo com semelhanças entre si, formando um conjunto de temas ou sub-categorias. As sub-categorias formaram as ‘categorias temáticas’, que foram analisadas, quanto à aproximação e distanciamentos com a ESF, a PNPS e os princípios de defesa da vida, da saúde e da segurança.

Os temas significativos obtidos com os dados foram agrupados em quatro categorias representativas das práticas assistenciais, quais

sejam: **Promoção da Saúde, Defesa da Vida; Promoção da Segurança; Relações dos Usuários com as Equipes/Trabalhadores/Serviços de Saúde.**

RESULTADOS

A faixa etária dos 19 participantes variou entre 25 e 77 anos de idade, com predomínio entre 40 e 55 anos. Dezoito entrevistados eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Os usuários entrevistados recebiam atendimento pelas equipes da ESF, entre cinco a dez anos.

Com relação à categoria **Promoção da Saúde e Defesa da Vida**, foram analisados os relatos sobre as ações assistenciais das equipes de ESF e as aproximações e distanciamentos com a Promoção da Saúde; com a Responsabilização/Defesa da Vida e com a Integralidade em Saúde.

No que diz respeito à **Promoção da Saúde** investigou-se a implementação de atividades previstas nas diretrizes da ESF e PNPS, que interferem no processo saúde-doença dos usuários, como ações educativas: orientações para a qualidade de vida; incluindo exercícios físicos; orientações alimentares; orientação e intervenção preventiva em relação aos fatores de risco; aspectos comportamentais, culturais e/ou ambientais.

Identificou-se nas falas e nos registros de atividades das equipes nos dois municípios, o desenvolvimento de ações educativas, as quais ocorreram em ambiente comunitário, nas visitas domiciliares e nas unidades básicas de saúde, por meio de atividades com grupos e, principalmente, orientação na consulta médica e de enfermagem. Tratavam-se de orientações voltadas para os fatores de risco comportamentais ou ambientais, redução do uso do tabaco, álcool e drogas, orientações para prevenção de gravidez precoce e de doenças sexualmente transmissíveis.

O profissional médico/a foi indicado/a como a principal fonte de informação, sobre cuidados preventivos, o que era realizado em consultório, seguido pelos ACS, que orientavam no domicílio.

Ah! Quanto a isso não. Caminhada sempre fiz. Quando meu irmão leva ela (a mãe doente) aí eu posso (caminhar)... Sobre alimento? Já! Verdura, sal, bem pouco. Foi o cardiologista que me orientou (B2).

Ah!! Recebi sim, recebi sim. Principalmente a partir de quando eu fiquei com pressão alta, né? Com colesterol, sempre eu fui orientada nesse sentido para uma mudança de vida, de costume é para o alimento,

como prática de exercício para combater a pressão alta, para que a gente tenha uma rotina de vida saudável (B3).

Hum!!! Acho que não, hein! Ah! Minha irmã faz todo dia, só ela e a minha mãe freqüentam, de vez em quando, a ATI (Academia da Terceira Idade) (B4).

Eu procuro melhorar a minha alimentação. Não fumo, né? Não bebo com excesso! Pra mim, beber normal é normal, com excesso não... Não uso sal, quase nada de sal, só o açúcar natural das frutas. Na minha casa faço tudo isso. Gordura.... Costumo comer coisas naturais. Faço comida separada para mim. Meu marido come muita gordura, muito óleo, muita batata frita, muito hambúrguer... Desde que eu engordei, e o médico me orientou (A1).

As orientações educativas se associavam à cuidados de pessoas com doenças, como as orientações sobre alimentação, que tratavam de cardápios restritivos quanto à gordura, sal e açúcar, para diabéticos e hipertensos, além das orientações acerca de cuidados com o uso contínuo de medicamentos. As ações educativas voltadas para usuários que se consideravam saudáveis ou sem doença referida, não foram relatadas pelos entrevistados. A exceção foi para a realização de atividades de prevenção de câncer de colo de útero, que acontecia regularmente, nas duas unidades de saúde, desenvolvidas com mais freqüência pelos/as enfermeiros/as. Apesar do predomínio das ações assistenciais associadas às doenças, identificou-se nas falas dos usuários a necessidade de orientação para outras questões além da doença.

Eu acho que pode haver orientação de como cuidar do idoso. Você não tem assim, quando você chega a cuidar do idoso, é um parente mais próximo e você não tem aquela experiência, você não está preparado. Então eu acho que na área da saúde poderia ter alguma coisa neste sentido (A4).

As equipes deveriam falar com a pessoa, orientar para não fumar, fazer palestras, reunião, fazer grupos para combater cigarro, Não só fazer propaganda na tv., mas sim no posto de saúde! Orientar na alimentação da pessoa, no alcoolismo, quando perceber a tendência para o álcool, pessoas depressivas, depressão...(B9).

Verifica-se que estes relatos estão em sintonia com o que as diretrizes da PNPS prevêm para a promoção da saúde. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de abordagem de aspectos decorrentes do processo de viver. Houve relatos também sobre problemas de entendimento de linguagem técnica, usada pela equipe de saúde, em especial, pelo médico. Neste aspecto, o/a profissional enfermeiro/a e o/a ACS, se destacaram por auxiliarem os usuários no esclarecimento de dúvidas sobre o seu problema.

É muito importante elas (ACS, Enfermeiros/as), há um entendimento na comunicação, o médico, ele fala menos, com a gente sobre o problema, né? Inclusive do problema! E elas fazem aquele complemento, né? Daí elas tornam a explicar para gente, para que a gente entenda melhor! Então é muito bom elas estarem junto, porque realmente o médico inclusive, ele fala na linguagem dele, assim coisas que as vezes a gente nem traduz, e elas fazem essa explicação onde a gente vai entender direitinho. Eu acho que os médicos poderiam usar uma linguagem simples, que a gente entenda. Em relação às atividades físicas, uso de álcool, alimentação saudável, uso de álcool, drogas, estresse (diminuir) (B6).

O médico foi lembrado também como o que incentiva hábitos saudáveis.

Só teve meu marido, que foi para uma coisa, né? O médico perguntou se ele fumava, o médico orientou (ele). Disse para ele deixar de fumar, o mal que o cigarro fazia. Fez um discurso, o médico (na consulta) (B10).

No que diz respeito às aproximações e distanciamentos das ações assistenciais com os princípios de **Responsabilização e Defesa da Vida**, foram investigadas práticas que evidenciavam compromisso do profissional e equipe de saúde, com o processo assistencial, com as necessidades dos usuários e com o sistema de saúde. Entende-se que este compromisso se concretiza em qualquer momento da relação profissional e usuário, que pode ocorrer no serviço de saúde, no domicílio ou em outras situações. Nesse sentido, a defesa da vida está presente desde a recepção aos diversos serviços da unidade básica, até o encaminhamento às unidades secundárias e terciárias, bem como o retorno ao domicílio. Inclui o olhar ao usuário com um ser bio-psico-

social e cultural. O ACS foi o membro da equipe que se destacou neste tema, seguido pelo médico.

Então, a visita deles, esse rapaz aqui (ACS) é para família toda, ele fala para família toda, ele vem oferecer ajuda. Faz a visita mensal para saber se está tudo ok. Se você está precisando de alguma coisa. Estão sempre perguntando se está tudo bem? (B4).

O atendente... Aquele que vem na casa. Como é que chama! E o médico, muito agradável, muito atencioso (A5).

Por outro lado, as falas dos usuários sinalizaram a necessidade de envolvimento não só do ACS, mas do conjunto dos membros da equipe de saúde, como enfermeiros/as, médicos/as, psicólogos/as e fisioterapeutas.

Se a pessoa for doente, ela tem que ter um tratamento especial, tratamento especial na área do SUS. Procurar o SUS e os profissionais para saber se ela está sempre bem, com está seu estado de saúde, apesar de cuidar da saúde (B11).

Eu acho que a inclusão de outros profissionais, né? Que pudessem vir em casa, como enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta é interessante. É também assim uma atividade de prevenção, né? (A6).

No que concerne à defesa da vida e responsabilização dos profissionais da equipe, nas práticas assistenciais, este princípio se concretizou quando cuidaram com interesse dos sinais e sintomas de doença, que pudessem ser resolvidos em consultório. Neste caso, o profissional lembrado, foi o médico, sendo identificado pelo nome, pelas orientações recebidas em relação à doença, assim como pelo bom atendimento.

Contudo, nas situações em que os usuários não conseguiram resolver suas necessidades no âmbito da consulta médica e/ou na unidade básica de saúde, identificou-se os limites de responsabilização do profissional médico e outros trabalhadores da unidade de saúde, com a resolução do problema apresentado.

Eu não fui bem atendida pelo Dr. (xxx). Um dia ele ficou até bravo comigo lá. – Eu não posso fazer nada! (o médico). Seu caso é só

cirurgia. Mas Doutor!(o usuário) E a minha saúde como está? Eu fiquei num desespero total, Paguei uma consulta (B5).

Este fato leva a pensar que a satisfação com as ações assistenciais pode variar conforme a resolução dos problemas e o acesso dos usuários às diversas tecnologias disponíveis nos serviços de saúde.

Com relação à concretização do princípio de **Integralidade em Saúde**, no contexto de entendimento do ser humano como uma totalidade, as ações assistenciais das equipes de ESF, aproximavam-se deste princípio, quando desenvolviam orientações educativas em domicílio ou em reunião de grupos voltadas para mudanças de estilo de vida, alimentação e atividades físicas. Esse princípio pode ser evidenciado, no trabalho dos ACS, que no momento da visita domiciliar, ampliavam o olhar para além da doença, incluindo orientações/medidas relacionadas aos cuidados com o meio ambiente, higiene, redução de peso, estresse e aspectos relacionais, o que pode ser explicado pelo fato de que os ACS conhecem o contexto de viver dos usuários que visitam, facilitando assim uma maior aproximação com as necessidades dos mesmos.

Promovendo a Segurança em Ambientes e Comunidades

Com relação à categoria **Promoção da Segurança**, foram identificadas ações relacionadas às **Orientações para diminuição da violência, vulnerabilidade e riscos**, assim como as que se caracterizaram como **Descaso com a promoção da segurança**.

Neste aspecto, foram analisados os relatos dos usuários com relação às medidas/orientações para segurança no domicílio, no trânsito, situações de violência e vulnerabilidade. Majoritariamente, não houve referência pelos usuários a orientações com relação a este tema ou desenvolvimento de grupos de discussão/educação voltados para a segurança. Contudo, a perspectiva do usuário é consensual de que o viver nos dias atuais está associado a riscos, mas também à falta de consciência dos cidadãos, às condições econômicas e sociais e que estes necessitam de orientações por parte das equipes de saúde nestes aspectos.

Segurança em casa (queda). O serviço de saúde pode estar ajudando [...] Todo esse desespero, trânsito agitado, vem tudo da falta de condições financeiras e a educação. A educação precária, não tem educação no trânsito, falta cultura e a situação financeira da pessoa

cobra dela. Ela faz várias atividades além dos limites dela. A necessidade obriga (ela) a fazer coisas assim, além do limite dela. (A7).

Precisa cuidar mais dos outros, do que com a gente. Quando eu bati a moto, eu estava a 40 km por hora. Reza e se pega com Deus!. Cuida pelo outro. Essas balas perdidas por aí, falta muito amor, muita falta de fé. As pessoas não se respeitam uns aos outros mais. Se as pessoas tivessem mais fé... os jovens de hoje em dia, não tem religião, não querem saber de mais nada. Álcool, festas, drogas....(A5).

As poucas orientações foram relacionadas à reabilitação de danos, causados por acidentes de trânsito, como cuidados com próteses e importância da realização da fisioterapia.

As Relações entre usuários e equipes da ESF

Nas **relações entre o usuário e equipes, trabalhadores e serviços de saúde**; foram evidenciados as aproximações e distanciamentos com o **vínculo e acolhimento**. Neste aspecto, os/as Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destacaram-se pelo desenvolvimento de vínculo com usuários. Foram lembrados/as pela maioria dos entrevistados, bem como o profissional médico. A proximidade dos/das ACS com as visitas domiciliares e a consulta médica, foi relatada pelos usuários como fator importante de contato com a equipe/serviço de saúde.

Ela me atende muito bem. Aquela médica é ótima. Não tenho nada para reclamar...(B9).

As meninas (ACS) vêm fazem visita, orientam, ajudam a gente (B10).

Um outro aspecto que pode demonstrar a formação de vínculo e acolhimento, são as falas dos usuários demonstrando satisfação com o atendimento recebido.

Mas é o ginecologista, clínico geral, está bom. São maravilhosos. Estes estão bons...(B1).

Então, a doutora, ela é... dá muita assistência, quando eu procuro, ela dá receita, eu não tenho o que reclamar. Pra não pegar mais uma consulta, ela dá... Ta ótimo. Não tenho o que reclamar, estou

com dúvidas, eu sempre passo, quando preciso de remédio, eu preciso de receita controlada... Aí, eu falo com a (ACS) e a (ACS) fala com ela e ela (ACS) traz a receita. Eu não tenho nada (a reclamar)...(A2).

Com relação ao acesso do usuário aos serviços de saúde da ESF/SUS, os entrevistados relataram sentir-se satisfeitos com o acesso aos serviços prestados no âmbito da unidade de saúde. A entrada dos usuários na unidade básica de saúde se dava de três formas: a partir da busca espontânea ao serviço, pela visita domiciliar que às vezes gerava solicitação/identificação de necessidade de agendamento de consulta e pela oferta programada de consultas médicas aos usuários acompanhados regularmente.

No entanto, com relação ao acesso aos níveis secundários e terciários, os relatos foram de insatisfação, associados a demora para obter consulta com especialista, para cirurgia e exames de alta complexidade.

Eu acho que eles deveriam ter mais médicos especialistas, né? Ortopedista, oculista, como é que é o nome do médico de nariz e ouvido? Otorrino... Dentista!...(B9).

Consulta sim! Exames tem que marcar no posto lá embaixo... Resultados demoram demais (A3).

O ponto mais ressaltado pelos respondentes foi a falta de médicos especialistas, problemas referentes à hierarquização do sistema, tal como o município oferecer serviços de alta complexidade, com números abaixo da demanda para estes serviços, insatisfação quanto à demora para obter consultas médicas e exames especializados, seja porque as unidades, segundo os entrevistados, não atendem casos de urgência, seja porque é preciso esperar por longo tempo para acesso à esses profissionais/serviços de saúde. Há também insatisfação quanto à obrigatoriedade de encaminhamento de médico à área onde o usuário reside.

Os demais membros da equipe ESF, como o enfermeiro e o auxiliar/técnico de enfermagem foram pouco lembrados. Quando mencionados, seu trabalho estava associado à realização de algum procedimento na visita domiciliar, como curativo, administração de medicamento, acompanhamento de usuário acamado e impossibilitado de buscar auxílio. As enfermeiras foram citadas como àquelas que realizavam exame preventivo de câncer de colo uterino, bem como

acolhimento e palestras em grupos. A falta de vínculo e o predomínio de relações impessoais entre usuários e o médico, foram citados como situações problemáticas.

Os motivos relatados para a realização de visita domiciliar pela equipe (agentes comunitários de saúde, médicos/as, enfermeiros/as), foram: supervisionar usuários em internação domiciliar, acamados, pessoas com acompanhamento medicamentoso ou com alguma outra necessidade de monitoramento. Já a presença do médico em domicílio ocorreu em situações de emergência/urgência, conforme o entendimento que a equipe tinha de necessidade, bem como em situações de rotina, sempre associadas a algum evento/problema. Interessante notar, que, esta forma de organização ficou clara nas falas dos usuários, como o relatado a seguir, que ao ser perguntado, se recebia visita do médico ou do enfermeiro respondeu:

Não aqui ele (médico) não vem, graças a Deus ele tá andando..(marido). Não precisa. (B11).

Outros motivos foram referidos como exclusivos dos ACS, como o controle/acompanhamento de tratamento, visitas de rotina, cadastramento e recadastramento, orientação e convite para participação de algum evento em grupo.

ACS... Ele demora mais de mês para me visitar. Chega conversa e pergunta sobre alguma coisa (A1).

Todo mês, o ACS (visita)... Eles vêm fazer controle da pressão (B8).

DISCUSSÃO

Os relatos dos usuários indicaram dificuldades de acesso aos níveis secundários e terciários de saúde. A Estratégia de Saúde da Família, por um lado, tem sido uma porta de entrada para os serviços disponíveis na unidade básica, observando-se assim, um incremento da utilização da rede básica de saúde para a atenção à saúde de baixa complexidade. Mas por outro lado, o acesso a consultas e exames especializados e cirurgias, foi relatado como precário e demorado, indicando que a ESF é uma porta de entrada, com saídas incertas.

Assim, há que considerar, que, a ESF se configura como porta de entrada para as práticas assistenciais, pelo aumento da oferta de serviços na atenção primária, como as praticas assistenciais voltadas para grupos

de riscos, a oferta programada de consultas médicas, a visita domiciliar, dentre outros. Mas, por outro lado, observa-se prejuízos ao direito de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde e conseqüentemente ao princípio da integralidade e da defesa da vida, levando o usuário a busca espontânea por serviços de possam dar conta de suas necessidades¹⁴. Estudos desenvolvidos sobre a perspectiva dos usuários em relação a atenção à saúde tem evidenciado resultados similares, sobre as dificuldades de acesso aos diferentes níveis de complexidade, que o agente de saúde representa a categoria profissional de maior destaque; que a presença de especialistas na ESF é necessária e que a maior parte dos entrevistados não participa de atividade extra-consulta.¹⁵ Estes resultados indicam, também, a necessidade de atenção dos municípios com relação a garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde conforme suas necessidades, prevista pela lei 8080/90 e 8142/90 e pelo Ministério da Saúde. Em 2005, o Ministério da Saúde definiu na Agenda de Compromisso pela Saúde, o Pacto em Defesa da Vida, que se constitui em um conjunto de compromissos sanitários, que devem ser assumidos pelos municípios para “o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS”, dando especial atenção à Estratégia Saúde da Família¹².

Os relatos demonstram, também, ora preferência por remédios, médicos e visitas domiciliares, ora por orientações e cuidados preventivos com diversas situações. Esta contradição pode ser explicada por dois motivos. Primeiro, com base na Antropologia da Saúde, a perspectiva do usuário com relação à sua doença é cultural e resulta de experiências particulares e subjetivas, sendo influenciada pelo contexto social¹⁶⁻¹⁸. Assim, a hegemonia do modelo biomédico, caracteriza um modelo que acaba refletindo/confundindo desejo e necessidade dos usuários com relação à atenção à sua saúde. Refletem, também, na comodidade dos usuários, principalmente com o trabalho do ACS, que acaba configurando-se como um “leva e traz” de receitas, agendamentos, avisos e outros. Segundo, as necessidades relatadas pelos usuários com relação a promoção da saúde e da segurança, que já são contempladas em políticas de saúde, como a ESF, a PNPS e a Promoção da Segurança^{9,7,10,11} indicam a importância da incorporação destas ações na atenção à saúde. As necessidades relatadas decorreram do processo de viver atual, que se caracteriza pela convivência com doenças crônicas e as seqüelas decorrentes, pelas conseqüências do aumento de acidentes de trânsito, violência e pelo uso abusivo de drogas, álcool e tabaco, dentre outros, que requerem um preparo para o enfrentamento destas

situações no cotidiano. Neste aspecto, a PNPS já prevê que haja um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". No entanto, apesar do debate sobre a promoção da saúde ter crescido e se materializado em política de saúde, na prática pouco avanço tem se concretizado e o Ministério da Saúde aponta que, ainda é um desafio organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde, especialmente àquelas estratégias mais amplas que foram definidas pela Carta de Ottawa⁷.

Outra questão situa-se no campo da necessidade de compartilhamento de olhares para o ser humano na perspectiva da integralidade em saúde, que no processo de trabalho em saúde das equipes de ESF, foi desenvolvido mais pelo agente comunitário de saúde. Neste aspecto, este princípio se concretiza a partir da interação e compreensão das necessidades de saúde do usuário em situações de saúde e doença, repensando características importantes da organização do processo de trabalho, como a construção de saberes e práticas em saúde, mais humanizados e convergentes com as necessidades expressas/sentidas pelos usuários dos serviços de saúde, rompendo assim com as normalizações rígidas do acesso e das práticas assistenciais.^{9,14}

As relações de vínculo, co-responsabilização e acolhimento, previstas na estratégia, são princípios que envolvem aspectos relacionais que, se por um lado, são fundamentais para a concretização da estratégia, por outro lado, requerem envolvimento dos sujeitos com o sistema de saúde, em um contexto de responsabilização, postura ética, política e humanitária. Envolve a perspectiva de defesa da vida e da saúde, como princípio norteador de responsabilização com as ações assistenciais e com o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Com relação às dificuldades do vínculo/responsabilização/acolhimento, serem desenvolvidos por profissionais de saúde, Ribeiro¹⁹ pontua que há um preparo insuficiente na formação profissional e nos serviços de saúde para estas questões, limitado pelo espaço e tempo para aprimorar ou resignificar o vínculo. Há também a questão de que a necessidade da população muitas vezes ultrapassa a capacidade de resolução das equipes, necessitando apoio intersetorial, aspecto este, que na Saúde da Família, ainda mantêm muitas fragilidades.

O foco do atendimento continua no tratamento das doenças, na reabilitação, na expressão individual e na figura do médico. Entende-se a Promoção da Saúde, como ações de prevenção de doenças já manifestas/diagnosticadas. As diretrizes da Política Nacional de Saúde ficaram restritas às ações pautadas nos pressupostos do modelo biomédico, sendo que estes se mostraram dominantes nas práticas assistenciais desenvolvidas pelas equipes de ESF estudadas, considerando-se o olhar dos usuários. Estes resultados têm sido encontrados em diversos estudos sobre a ESF^{20, 21} indicando que apesar do seu potencial para mudanças no modelo biomédico, há ainda muitas influências e obstáculos a serem superados para que esta proposta configure-se como novo modelo.

Há que se considerar que, na perspectiva dos usuários, as ações baseadas no modelo biomédico atenderam algumas de suas necessidades de atenção em relação às doenças. No entanto, nas questões relacionadas às dimensões emocionais/intersubjetivas e outros condicionantes do processo de viver humano e de saúde, como estresse resultante do trabalho, alimentação, prazer, felicidade, cuidado com o idoso, foram assinaladas pelos usuários, como necessidades mas pouco valorizadas nas equipes de ESF, o que indica que estas dimensões devem receber maior atenção por parte das equipes de ESF.

Apresenta-se a seguir uma síntese dos resultados acerca dos dados relativos ao trabalho realizado no contexto da ESF, e as aproximações com um novo modelo assistencial de defesa da vida, da saúde e da segurança.

MODELO BIOMÉDICO	NOVO MODELO ASSISTENCIAL “EM CONSTRUÇÃO”	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS SEGUNDO OS USUÁRIOS
Foco no indivíduo, corpo e doença.	Foco na família, grupos e comunidades	Atenção à família, mas com prioridade para doenças e reabilitação.
Atenção aos sintomas e queixas	Necessidades de Saúde	Orientações educativas para qualidade de vida, alimentação e estilo de vida, associadas à doença.
Demanda espontânea	Necessidades culturais Crenças, valores, hábitos, estilo de vida Riscos e vulnerabilidade	
Base no conhecimento da Biologia, Anatomia e	Processo Saúde-Doença Processo de Viver Humano - Multideterminantes Promoção da Saúde	Utilização do conhecimento da Biologia, Anatomia e Fisiologia nas consultas médicas Abordagens previstas na PNPS

Fisiologia e ênfase na especialização e nos procedimentos tecnológicos da ciência cartesiana.	<p>Promoção da Segurança</p> <p>Conceito de Saúde da VIII CNS (Meio ambiente, trabalho, meio social, renda, alimentação, lazer, segurança)</p> <p>Princípios do SUS - Integralidade da Atenção</p> <p>Estratégia Saúde da Família (ESF)</p> <p>Vigilância em Saúde/Planejamento das ações</p> <p>Defesa da vida/Responsabilização</p> <p>Promoção da Segurança – Safety Promotion/Safety Communities</p> <p>Programa Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)</p> <p>Antropologia da Saúde</p> <p>Educação em Saúde</p>	<p>restritas</p> <p>Planejamento das ações a partir da doença</p> <p>Ações de promoção da segurança praticamente inexistente</p>
Ações curativas Consulta médica Medicalização	<p>Ações que enfatizam as questões culturais, vínculo, acolhimento, humanização,</p> <p>Promoção de espaços mais seguros e saudáveis/Cidades Saudáveis</p> <p>Prevenção da violência, do uso de drogas/tabaco/álcool.</p> <p>Incentivo à preservação do meio ambiente.</p> <p>Orientações para redução de riscos e vulnerabilidade.</p> <p>Promoção de atividades físicas.</p> <p>Promoção de hábitos saudáveis, de alimentação e de qualidade de vida.</p> <p>Organização do trabalho/reuniões de equipes/avaliação do trabalho.</p> <p>Oferta organizada/programada de serviços</p>	<p>Curativos, medicação, ações em consultório, especialmente consultas médicas</p> <p>Orientações em domicílio e para grupos, mas predominantemente direcionadas às doenças.</p>
Destaque no profissional médico	<p>Equipes de saúde</p> <p>Interdisciplinaridade</p> <p>Participação Popular</p> <p>Auxílio/cuidado familiar/Co-participação</p> <p>Sub sistema popular e informal</p>	<p>Ênfase no profissional médico e no Agente Comunitário da Saúde</p> <p>Pouca visibilidade da enfermagem e demais profissionais da saúde</p>

Quadro 2 – Síntese das práticas assistenciais desenvolvidas pelas equipes de ESF, de dois municípios da Região Sul do Brasil, segundo relato dos usuários e estudo documental e as aproximações com as diretrizes da ESF e PNPS, bem como, com os princípios de defesa da vida, da saúde e da segurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados no modelo assistencial vigente, incorporando novas práticas assistenciais centradas no usuário e em uma visão ampliada de saúde. Configura-se um desafio, pois ao prescrever práticas centradas nos usuários, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar-se para compreender necessidades diversas, no sentido de buscar atendê-las, de considerar a promoção da autonomia como um valor o desenvolvimento de práticas de acolhimento e vínculo. Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na perspectiva da integralidade em saúde.

Apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, evidenciou-se desarticulação e descontinuidade entre este nível de atenção e os demais níveis de complexidade da atenção à saúde. Desse modo, é necessária a inserção da Estratégia Saúde da Família no sistema de saúde, em constante relação com os demais serviços de saúde, como hospitais, ambulatórios especializados e pronto-atendimentos, no sentido de viabilizar referência e contra-referência efetiva entre eles. Essa perspectiva demanda o reconhecimento da saúde como um direito e de uma postura das equipes de responsabilização pela promoção da vida na sua integralidade e pela defesa da disponibilização da atenção necessária à cada usuário em seu contexto familiar e social.

Neste sentido, a promoção da segurança e de ambientes seguros, são ações fundamentais para melhorar os serviços de saúde e qualidade de vida das pessoas, as quais implicam diretamente no processo saúde doença. Por outro lado, implicam em suporte intersetorial, assim como, preparo profissional para abordagem destes aspectos.

Esta pesquisa realizada em dois municípios da Região Sul do Brasil junto às equipes de ESF, escolhidas intencionalmente por prestarem atendimento considerado de referência, mostra que suas práticas ainda são insuficientes para a promoção da saúde e efetivação das propostas inovadoras. Apesar das diferenças regionais entre os dois municípios, na prática, o modo de prestar a assistência ainda é distante do preconizado nas políticas.

Os desafios são grandes, mas as alternativas de um novo modelo assistencial, que estão expressas, principalmente na ESF e na PNPS, precisam ser discutidas no cotidiano dos serviços de saúde no sentido de

aprender o potencial destas políticas para superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico.

As propostas de Defesa da Vida e *Safety Promotion* também constituem temas importantes para serem considerados pelas equipes de saúde, pois se relacionam às orientações e medidas que poderiam contribuir para atender as necessidades relatadas pelos usuários neste estudo, sobre os diferentes aspectos do processo de viver. Os estudos da antropologia da saúde têm mostrado a forte relação entre cultura e saúde e que é preciso analisar e considerar os valores e expectativas dos usuários dados ao processo de viver e adoecer, na organização dos serviços de saúde, o que é fundamental para a construção de um novo modelo assistencial em saúde.^{16,17,18}

Assim, para a efetivação de novas práticas assistenciais, requer-se novas atitudes, bem como, um envolvimento para além do que está prescrito, ou seja, considerar o ser humano, como um ser integral, histórico e social, além do biológico, que lhe é inerente.

Apesar de a ESF ser formada por equipes de saúde, as ações desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem (enfermeiro/a, técnico/a, auxiliar de enfermagem) foram pouco lembradas pelos usuários, denotando assim, uma invisibilidade do trabalho destes profissionais, no conjunto dos trabalhadores da unidade básica de saúde. Este resultado identificado poderá ser fruto de outras investigações, que busquem entender os motivos relacionados a pouca visibilidade da enfermagem nas equipes de ESF.

REFERÊNCIAS

- 1 Viana ALD'ávila, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* v.15 (supl.) Rio de Janeiro, 2005.
- 2 Silva Júnior, Aluísio Gomes da. *Modelos Tecnoassistenciais em saúde. O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- 3 Capra F. *O ponto de mutação*. 4ª edição. São Paulo: Cultrix, 1986
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 fev 2007

5 Teixeira C F. *Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde*. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000. p. 261-281.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria no 648, de 28 de março de 2006b.

9 Campos GW. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994b.

10 Svanström L. Safe Communities and Injury Prevention: Convergence in a global quest or an experiment in “empowered deliberative democracy”? In: African Safety Promotion. *Journal of Injury and Violence Prevention* 4 (1), 2006.

11 Maurice, P, Lavoie, M, Charron, RL, Chapdelaine, A, Bonneau, HB, Svanström, L, Laflamme, L; Andersson. *Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects*, World Health Organisation (WHO)/Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, Sweden. Collaborating Centre for Safety Promotion and Injury Prevention, Quebec, 1998.

12 Biernack P Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referencial sampling. *Social Meth Res* 10:141-163, 1981

13 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002

- 14 Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 13(3). Rio de Janeiro. jul./set., 1997
- 15- Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien S Col*. 13(1): 23-34, 2008
- 16 Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berdley: University of Califórnia, 1980.
- 17 Langdon EJ. *A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Florianópolis:UFSC, 2001.
- 18 Helman CG. *Cultura, saúde e doença* (Mussmich E tradutora) 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- 19 Ribeiro EM. *Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): Desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa*. [Tese]. [Florianópolis (SC)]: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005, 285 p.
- 20 Fertonani HP. *O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR*. [Dissertação] [Florianópolis (SC)]: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003, 165p.
- 21 Costa GD da; Cotta RM M Ferreira ML da SM; Reis JRR Francheschini S do CC. *Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial*. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 113-8

7.3 ARTIGO 3 – A SER ENVIADO A REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO (ANEXO E)

**CONCEPÇÃO DE SAÚDE DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA E MODELO ASSISTENCIAL:
CONSENSOS E DISSENSOS**

**COMPREHENSION OF HEALTH OF FHS USERS AND A CARE
MODEL: CONSENSUS AND DISSENSION**

**CONCEPCIÓN DE SALUD DE USUARIOS DE LA
ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA Y MODELO
ASISTENCIAL: CONSENSOS Y DISENSOS**

Hosanna Pattrig Fertoni¹⁶
Denise Pires¹⁷

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que busca identificar as concepções de saúde de usuários da Estratégia de Saúde da Família, de dois municípios da região sul do Brasil, analisando aproximações com os pressupostos do modelo biomédico hegemônico ou com os princípios orientadores de um novo modelo assistencial. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e utilizou-se a análise de conteúdo para a interpretação dos dados. Identificou-se nos relatos dos usuários, que para ter saúde não basta apenas não ter doença/estar doente, é necessário ter/buscar qualidade de vida e bem viver, bem como ter autonomia para executar atividades cotidianas, além de boas condições econômicas. Os achados mostraram congruência com o conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde e com as diretrizes propostas para um novo modelo assistencial em saúde, presentes na Estratégia de Saúde da Família, na Política

¹⁶ Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM, Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC.

¹⁷ Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Doutora em Ciências Sociais. Pós Doutorado University of Amsterdam

Nacional de Promoção da Saúde e nas proposições da *Safety Promotion* da Organização Mundial da Saúde.

Palavras-chave: modelo assistencial, sistema de saúde, concepção de saúde, estratégia saúde da família, usuários da atenção básica

ABSTRACT

This is a research of qualitative approach, with the purpose of identifying the conceptions of Family Health Strategy (FHS) users from two municipal districts of the South of Brazil, analyzing approaches with the presuppositions of the hegemonic biomedical model or with the guiding principles of a new care model, stipulated in Health Strategy and in the National Politics of Health Promotion. Data were collected through semi-structured interviews and interpreted based on the content analysis. It was identified in the users' reports that it is not enough just not to suffer from a disease, it is necessary to have or search for well being and quality of life, as well as for autonomy to execute daily activities, besides good economical conditions. The findings showed consistency with the health concept of the VIII National Conference of Health of 1986 and with the guidelines proposed for a new health care model, present in the Family Health Strategy, in the National Politics of Health Promotion and in the new propositions of Safety Promotion of the World Health Organization (WHO).

Keywords: Health care model, Health System, Health concept, Family Health Strategy, users of Basic Health Services.

RESUMEN

Se trata de una investigación de abordaje cualitativo, que busca identificar las concepciones de salud de usuarios de la Estrategia Salud de la Familia, de dos municipios de la región sur de Brasil, analizando aproximaciones con los presupuestos del modelo biomédico hegemónico o con los principios orientadores de un nuevo modelo asistencial, prescritos en la Estrategia Salud y en la Política Nacional de Promoción de la Salud. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas e interpretados con base en el análisis de

contenido. Se identificó en los relatos de los usuarios, que para tener salud no basta sólo no tener enfermedad o estar enfermo, es necesario tener o buscar calidad de vida y bien vivir, así como autonomía para ejecutar actividades cotidianas, además de buenas condiciones económicas. Los hallazgos mostraron congruencia con el concepto de salud de la VIII Conferencia Nacional de Salud de 1986 y con las directrices propuestas para un nuevo modelo asistencial en salud, presentes en la Estrategia de Salud de la Familia, en la Política Nacional de Promoción de la Salud y en las nuevas proposiciones de la Safety Promotion de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Palabras clave: modelo asistencial em salud, concepcione de la salud, estrategia salud de la familia, usuarios de la atención básica

INTRODUÇÃO

As diferentes concepções/entendimentos de saúde-doença são históricos e culturais e influenciam o modelo assistencial em saúde e as práticas assistenciais. Assim, essas explicações sobre saúde-doença variaram de acordo com o entendimento que as populações e comunidades tiveram do mundo, da doença e do processo de viver.¹⁻² As idéias de saúde-doença recebem, também, influências de valores científicos, religiosos, políticos, econômicos e sociais, bem como, tem associação com valores ético-morais, em relação aos seres humanos e aos direitos de vida e cidadania.³

Neste sentido, os conceitos de saúde e doença são pensados e formulados a partir de uma realidade dinâmica e histórica, podendo ser entendido como respostas representativas das necessidades das pessoas e do mundo em que vivem e não representam a mesma coisa para todas as pessoas, famílias e classes sociais.² A importância e os significados dados ao adoecer, é um processo particular que envolve valores e concepções sobre a vida, a saúde e a doença. Estão relacionados às experiências e vivências de cada um dos atores sociais envolvidos no processo saúde-doença.¹

Boff⁴ refere que “a cabeça pensa a partir de onde os pés pisam”, ou seja, é essencial conhecer o lugar social e como alguém vive e se relaciona, suas experiências no trabalho, bem como sua visão sobre a vida e a morte e quais mecanismos utiliza para superá-los. “Isso faz da compreensão sempre uma interpretação”.

A concepção de saúde que orienta a biomedicina tem sua origem na modernidade e caracteriza-se por explicar os fenômenos da vida com uma visão reducionista. O desenvolvimento da ciência moderna influenciou a visão e os conhecimentos de saúde. Paracelsus (1493-1541) considerava as doenças, como provocadas por agentes externos ao organismo; a Química influenciou a medicina em relação aos medicamentos⁵ e a Mecânica influenciou as idéias de René Descartes, no século XVII. Descartes destacou-se pela famosa frase *Cogito, ergo sum* (penso, logo existo) e na definição de uma epistemologia que explicava o dualismo corpo/mente.

Com a influência da epistemologia cartesiana, os estudos médicos voltam-se para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas e biológicas sofridas durante a doença.⁶ O corpo passa a ser o foco de atenção, sendo as práticas assistenciais e os processos terapêuticos voltados para a identificação e o tratamento de doenças.

Essa visão foi assumindo um papel significativo na organização dos serviços de saúde no mundo ocidental, desde a publicação do Relatório Flexner⁷ em 1910, nos Estados Unidos da América, que no ano de 2010, completa 100 anos, orientando o modelo assistencial. Este modelo que tem se mantido hegemônico até os dias atuais, é caracterizado pela fragmentação da assistência, ênfase em procedimentos, técnicas e ações curativas, focado no corpo e nas doenças, com prioridade para o tratamento das doenças, das lesões e dos danos.⁸

Apesar das ciências da Química, Mecânica, Biologia, terem superado parte das suas fragilidades nos avanços do conhecimento do seu objeto de estudo, a medicina ainda tem se baseado nos conhecimentos primários destas com relação ao estudo aprofundado das partes de um todo, sem considerar que o seu objeto de estudo, e o ser humano, constituído por sua totalidade e complexidade.

Por um lado, as práticas assistenciais decorrentes deste modelo se beneficiaram dos avanços da tecnologia em saúde, como diagnóstico mais preciso, tratamento e cura de doenças complexas, bem como do alívio do sofrimento da dor e do aumento da expectativa de vida, entre outros. Por outro lado, geraram diversas críticas, bem como proposições de um modelo assistencial que seja fundamentado em um conceito de saúde ampliado. Desde o final dos anos sessenta, intensificou-se o debate sobre o caráter da doença, discutindo-se se ela é essencialmente biológica ou, ao contrário, social⁹ e sobre os limites do modelo

assistencial em saúde para a compreensão da relação entre a dinâmica do viver e o processo saúde-doença.

No Brasil, essas críticas ao modelo assistencial geraram, a formulação de propostas alternativas, destacando-se a Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁰ construída no âmbito do processo da Reforma Sanitária, a qual desde sua criação, em 1994, vem se estendendo por todo o território nacional.

A ESF destaca-se por ser uma tentativa de transformar as práticas de atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nela atuam. Fundamenta-se nas propostas da política de atenção primária de saúde, formulada pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata, em 1978, incluindo a diretriz integralidade das ações, o foco na família e comunidade, na vigilância em saúde e na visão de saúde como multideterminada. Suas diretrizes buscam materializar o conceito ampliado de saúde formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 o qual orientou o disposto na Constituição Federal de 1988.¹¹ Entretanto, o crescimento do número de equipes, não implica necessariamente, um rompimento com as tradicionais formas de atenção à saúde, pois há dificuldades na formação de vínculo, no trabalho em equipe e na promoção da saúde.¹²⁻¹⁴

A multiplicidade e complexidade das condições sociais, econômicas e de estilo de vida, refletem na saúde das pessoas, interferindo significativamente na demanda pelos serviços de saúde, exigindo a adoção de novas ações, equipamentos e intervenções resultando, assim em desafio para os trabalhadores/equipes e serviços de saúde.¹⁵

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, saúde passou a ser entendida como *resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, tempo livre, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde*. Pela nova Constituição Federal de 1988¹¹, o artigo 196, dispõe que a saúde é um *direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*. E, no artigo 198, *está previsto que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade*.¹¹

A partir deste novo arcabouço legal outra política que sinaliza para a construção de um novo modelo assistencial é a Política Nacional de Promoção da Saúde, proposta em 2006.¹⁶ Esta política abrange um conjunto de medidas voltadas para promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores do setor no sentido de promover a saúde. Descreve estratégias para prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde, estimulando a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz.

No âmbito internacional, destaca-se a política assumida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) denominada *Safety Promotion*¹⁷ ou Promoção da Segurança, descrita por Maurice et al em 1998. Esta política considera que a segurança e as formas de prevenção de danos desenvolvidos nos espaços onde as pessoas vivem são fundamentais para se ter qualidade de vida e saúde. A segurança no Brasil, também tem sido tema de debate no Ministério da Saúde, face ao que tem se considerado uma epidemia de violência, acidentes e traumas influenciando/interferindo na saúde das pessoas, sendo necessário que os serviços de saúde, equipes e trabalhadores estejam atentos para estas questões na atenção à saúde. Neste sentido, saúde é também viver em segurança.

Considerando, de um lado, as políticas prescritas e as dificuldades de implementação e, de outro lado, que as práticas assistenciais envolvem relações entre usuários e profissionais, é importante que, as equipes de saúde considerem as concepções de saúde dos usuários. Se estes aspiram apenas cuidados para o enfrentamento de situações de doença, como prescrito na proposta da biomedicina, ou se entendem saúde de uma forma ampliada, como previsto nas propostas de novo modelo assistencial.

Nesse sentido, este artigo buscou apreender nas concepções de saúde, de usuários de equipes de ESF/SUS, se estas, aproximam-se do desejo de manutenção do modelo biomédico hegemônico ou dos princípios orientadores de um novo modelo assistencial em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte de pesquisa de natureza qualitativa, realizada com usuários de cinco equipes da Estratégia Saúde da Família, de dois municípios da Região Sul do Brasil. A amostra foi composta considerando os critérios de intencionalidade, conveniência¹⁸ e bola de

neve²¹. Para a escolha das equipes foram incluídas equipes de ESF que fossem referência de atendimento em Saúde da Família, municípios com ampla disponibilidade de serviços de atenção básica (intencionalidade) bem como foram consideradas a acessibilidade aos sujeitos da pesquisa (conveniência).

A seleção dos usuários ocorreu a partir da indicação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e também pela indicação de usuários entrevistados (critério de bola de neve) e seguiu critérios de inclusão, tais como: usuário cadastrado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹⁸ e/ou na Ficha A (instrumento de cadastro da família), receber acompanhamento contínuo da equipe da ESF por pelo menos um ano, ter participado ou participar de alguma atividade educativa ou de promoção da saúde, possuir idade superior à dezoito (18) anos, ser indicado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) ou por outro usuário no momento da entrevista (bola de neve) e aceitar participar da pesquisa, respeitando os critérios éticos relativos à pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96) (APÊNDICE B).

Foram selecionados 19 usuários cadastrados nas cinco equipes da ESF, os quais foram entrevistados, durante os meses de maio à setembro de 2009. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada e um roteiro com questões semi-abertas, buscando identificar o conceito de saúde dos usuários. No município A, foram entrevistados 8 usuários, identificados como A1, A2, A3 e assim sucessivamente e no município B, foram entrevistados 11 usuários, identificados como B1, B2, B3 e assim por diante.

A faixa etária dos 19 participantes variou entre 25 e 77 anos de idade, com predomínio entre 40 e 55 anos. Os usuários entrevistados recebiam acompanhamento pelas equipes da ESF, entre um período de cinco a dez anos. Dezoito usuários eram do sexo feminino e um do sexo masculino.

A análise qualitativa seguiu os passos sugeridos por Bardin¹⁹, que propõe uma análise categorial temática, ou seja, as concepções de saúde, relatadas pelos usuários foram sistematizadas, seguindo o fluxo: leitura flutuante para apreender a visão de cada entrevistado e os temas significativos contidos em cada fala; leitura transversal, agrupando os

¹⁸ SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica. Refere-se a um software, no qual, as equipes da ESF cadastram os dados relativos às famílias residentes na área adscrita, como as condições de saúde, moradia, sanitárias e econômicas. Este cadastro é preenchido da seguinte forma: os dados colhidos pelos Agentes Comunitários de Saúde durante a visita domiciliar, são registrados na ficha de cadastro (Ficha A) e posteriormente são repassados ao programa do SIAB, que constitui-se em um banco de dados, que pode ser consultado pelas equipes de ESF.

temas de acordo com semelhanças entre si e formando categorias para analisar as concepções de saúde e aproximações com os pressupostos do modelo biomédico ou com um novo modelo assistencial.

RESULTADOS

A análise temática das entrevistas permitiu apreender quatro principais temas representativos das concepções de saúde dos usuários da ESF, quais sejam: **saúde como condição para a vida; saúde como qualidade de vida/bem viver; saúde como resultante de condições econômicas; saúde como ausência de doença, mas associada ao bem viver.** As concepções dos usuários indicaram que para ter saúde, não basta apenas não ter doença como se verifica nas diretrizes orientadoras do modelo da biomedicina, é necessário qualidade de vida e autonomia para executar diversas atividades. Identificaram-se, também, as idéias de saúde como condição para a vida e de que há relação entre condição econômica e acesso aos serviços de saúde.

Na concepção **saúde como condição para a vida**, saúde é referida como inerente ao processo de viver. Saúde é vida, além de associar a idéia de que a mesma é condição para o desenvolvimento das atividades cotidianas.

Para a gente, saúde é a maior riqueza do mundo, né? E porque sem ela, a gente não faz nada, Se você não tiver saúde, você não tem disposição para lavar uma roupa, para fazer um almoço, né? Limpar uma casa, cuidar de criança, né? Porque as crianças hoje não são como as de antigamente. As crianças hoje, são levadas, gente! É diferente de antigamente (B5).

Não ter saúde atrapalha tudo. A saúde é mais importante que o dinheiro. Porque se você tiver saúde, você trabalha, faz uma coisa, faz outra. Ele (dinheiro) é importante, mas a saúde é mais que o dinheiro (A6).

Na concepção, **saúde como boa qualidade de vida**, destacaram-se falas que relacionavam saúde com estilos de vida saudáveis, com cuidados com alimentação, exercícios físicos, bem como, com autonomia e condições para realizar distintas atividades no cotidiano.

Saúde para mim é uma pessoa saudável, né? Eu acho que a pessoa tem que praticar esportes, cuidar da alimentação, cuidar do estresse, não ser estressado. Ser uma pessoa com paciência. Cuidar da alimentação, do estresse do dia a dia. Sempre sorrir, quando puder não

se irritar com pouco! O mundo tem tantos problemas grandes para se irritar (B11)

É a coisa mais importante, né? Por que tu tens que cuidar, né? Para não ficar doente. Ah! Alimentação, fazer caminhadas. (A9).

Melhor coisa que tem. Ter saúde é tudo. Não ter limites para sair de casa, ir onde tu queres. Festejava muito, saía, ia à bailes, dançava, me divertia muito. Então, é tu ter autonomia para ir a qualquer lugar (A2)

Ter saúde, que nem eu, não tenho coragem nem para sair na rua, tem hora que eu vou andar tenho que andar bem devagar. Se eu tivesse saúde eu saía daqui, ia à pé, ia e voltava, sabe![...] Então, saúde para mim é o principal. Tem cara que fala que é dinheiro... Dinheiro sem saúde? Dinheiro ajuda! Quantas pessoas têm isso, tem uma doença, e dinheiro, que não tem controle e vai até morrer (B3).

Na categoria **saúde como ausência de doença mas associada ao bem viver**, destacaram-se falas que associavam diretamente saúde com a ausência de doença. No entanto, 100% dos entrevistados expressam que saúde não se resume a ausência de doença, acrescentando a idéia de bem viver e de bem estar ao entendimento e concepção de saúde.

É!.. Além de não ter nenhuma doença, é mais que isso, né? Ter assim, boas condições, assim, de viver, de lazer (B4).

Ah! eu acho assim, que ter saúde, além de não ter uma doença específica, é ter a cabeça voltada para o dia a dia, nessa educação alimentar, exercício. Tudo envolve saúde, né? É daí que vem a saúde, né? Ter saúde é alimentar-se adequadamente e praticar caminhadas. Eu não faço aquilo que é necessário. Eu tenho consciência, que eu não faço tudo que é necessário. Tem coisas já que eu não me seguro e eu sei que não é tão saudável (B3).

Saúde? (risadas). Saúde, é viver bem, não sentir dor, ah! [...]. Estar bem. (A3)

Não precisar de tratamento, medicamento, ser normal para tudo, é poder trabalhar (A4).

Observa-se também nesta categoria que medicamentos e tratamentos, apesar de necessário, não são suficientes para ter saúde.

Na concepção **saúde como resultante de condições econômicas**, identificaram-se falas que relacionam saúde com boas condições econômicas, no sentido de ter acesso aos serviços de saúde.

Ser saudável. Está difícil. Se a pessoa não tiver dinheiro, não tem atendimento. É tu poderes trabalhar, poderes levantar, poder ir e vir...(A8)

DISCUSSÃO

Nas concepções de saúde referidas pelos usuários foi consensual, a idéia de que saúde é mais que ausência de doença, sinalizando, mais para uma aproximação com os princípios que vem sendo formulados nas políticas orientadoras de um novo modelo assistencial em saúde. Essas concepções de saúde indicaram necessidade de implementação de um modelo assistencial que considere os amplos aspectos do processo de viver humano e seus determinantes, de aspectos culturais e sociais nas práticas de cuidado.

As concepções de saúde identificadas sinalizaram congruência com as diretrizes propostas no debate atual sobre um novo modelo assistencial em saúde, o que se verifica nas atuais políticas públicas de saúde brasileiras, no âmbito do SUS, e em especial na Estratégia de Saúde da Família e na Política Nacional de Promoção da Saúde.

A partir dos anos de 1990, com a implementação do SUS, os desafios para concretizar as diretrizes que o orientam e o enfrentamento dos problemas decorrentes do modelo biomédico hegemônico em saúde tem gerado debates e reflexões na academia e nos serviços de saúde.^{12, 20-23}

Em termos de mudança do modelo assistencial, destaca-se a ESF como estratégia assentada no trabalho em equipe com olhar interdisciplinar e com reorientação das práticas assistenciais, pautadas no olhar para a família, no seu espaço de viver, assim como na promoção e na vigilância à saúde. Pressupõe reorganização das práticas assistenciais, no sentido de baseá-las em diagnósticos da saúde da comunidade, em indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos, com práticas além dos muros da unidade de saúde, como a visita domiciliar e internação domiciliar¹⁰, o que se aproxima das expectativas do usuário.

As concepções de saúde dos usuários como qualidade de vida e bem viver aproximam-se também dos pressupostos da Política Nacional de Promoção da Saúde, que foi pensada para complementar e fortalecer a Estratégia Saúde da Família. Sua implantação consiste em uma política integradora e dialógica com as diversas áreas do setor sanitário, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.¹⁶

Esta política de saúde contempla a educação em saúde, que deve promover novas formas de abordagens, como a promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais e cuidados especiais com o processo de envelhecimento e promoção do desenvolvimento sustentável. Estes elementos compõem uma estrutura necessária para a promoção da qualidade de vida, e foram sinalizadas pelos usuários entrevistados, como importantes elementos para se ter saúde.

A promoção da qualidade de vida também diz respeito à redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, à prevenção da violência, estímulo à cultura de paz e a preservação do ambiente onde as pessoas vivem e trabalham, no sentido de serem mais seguros e saudáveis. Dialogam assim com o conceito de *Safety Promotion* (2006)¹⁷, que inclui os modos de viver com mais segurança, a prevenção dos riscos/vulnerabilidades e a promoção de ambientes mais seguros.

As concepções de usuários sobre saúde e qualidade de vida, aproximam-se também do conceito de saúde, elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o qual reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado e como resultado de diversas condições de vida que interferem no processo saúde-doença.

O conceito de saúde da OMS⁷, divulgado em 7 de abril de 1948, considerado atualmente como o dia mundial da saúde, considera que a “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Sua concepção implica no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde. Por outro lado, a amplitude desse conceito, acarretou críticas, pelo fato de que a saúde seria algo ideal e inatingível. Para Segre e Ferraz²⁴, o conceito de saúde da OMS traz uma definição irreal e utópica, porque se refere a um perfeito bem-estar. O autor questiona “o que é perfeito bem-estar? É possível caracterizar a

perfeição? Na concepção do autor, há um caráter subjetivista presente, portanto sujeito às crenças, aos valores, ao contexto, à linguagem e às experiências das pessoas.

Em decorrência dessas críticas, em 1978, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, em Alma-Ata (atual Cazaquistão) promovida pela OMS, houve uma expansão do conceito de saúde. A Conferência enfatizou as desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades, no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde. Devem ser adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região e devem incluir educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais.

Neste aspecto, Bub²⁵ refere que, não é possível compreender a dimensão biológica sem considerar a saúde vinculada ao bem-estar (OMS) ou ao valor social (VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo que as duas perspectivas, não são excludentes).

As concepções dos usuários, sobre saúde e sua relação com a qualidade de vida, bem viver e condições econômicas para ter acesso à saúde nem sempre são contempladas no modelo assistencial hegemônico, e despertam a necessidade de repensar a perspectiva do usuário²⁹ para a organização das práticas assistenciais.

A antropologia da saúde tem contribuído para reflexões sobre as perspectivas do usuário, cujos estudos antropológicos relacionam a doença como resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição. Portanto cada pessoa tem uma forma particular de entender o processo saúde-doença.¹⁻³

Assim, o profissional de saúde e o usuário, mesmo quando têm a mesma origem social e cultural, vêem os problemas de saúde de maneiras diferentes e suas perspectivas estão baseadas em premissas diferentes entre um universo e outro, que ora podem levar a um consenso, ora a um dissenso nas relações assistenciais.

Seria então, necessário refletir sobre modos de garantir a comunicação entre os dois universos, durante o encontro clínico. Nesse aspecto, há que se considerar que há diferenças entre as visões médicas e a do usuário com relação aos problemas de saúde. Na perspectiva do

médico, destaca-se a racionalidade científica, ênfase na mensuração objetiva e numérica, nos dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das doenças como entidade, reducionismo e ênfase no indivíduo doente, isolado de seu contexto social. Na perspectiva do usuário, há diferença entre patologia e perturbação. A patologia é algo que um órgão tem e a perturbação é algo que uma pessoa tem. É a resposta subjetiva do doente e de todos que o cercam, ao mal-estar. Inclui também o sentido que a pessoa dá ao evento¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apreensão das concepções de usuários da Estratégia de Saúde da Família, no contexto do SUS, permitiu identificar um dissenso entre as necessidades dos usuários e as práticas assistenciais, assentadas no modelo biomédico hegemônico, focadas nas doenças, na medicalização e na consulta médica, e um consenso com os pressupostos discutidos na Reforma Sanitária nos anos de 1980 e nas políticas de saúde implementadas nos últimos vinte anos.

A análise do conteúdo manifesto nas falas dos usuários, sinalizaram que estes desejam, além de não ter doença, uma boa qualidade de vida, autonomia para executar diversas atividades, bem como condições econômicas para ter acesso à diferentes contextos do processo de viver humano, como trabalho, educação e principalmente saúde.

Estas concepções demonstraram congruência com as diretrizes propostas no debate de um novo modelo assistencial em saúde, contidas na ESF, na PNPS e no conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde. A concepção **saúde como condição para a vida**, aproxima-se também da proposta de defesa da vida de Campos¹³ que pressupõe que as práticas assistenciais envolvem uma relação entre pessoas, e requerem uma responsabilização ética, política e humanitária, em direção à defesa da vida.

O estudo acerca das perspectivas do usuário sobre a saúde contribuiu para, refletir sobre possibilidades de construção de um modelo assistencial, mais convergente com o que pensam e esperam os usuários sobre o cuidado em saúde, que valorize os amplos aspectos do viver humano, com base na premissa que o vivenciar da saúde e da doença, é um processo particular, subjetivo, psicobiológico e também sociocultural¹⁻³. Neste aspecto, a Antropologia da Saúde tem contribuído

para ampliar o entendimento das necessidades e dos modos de compreender e tratar a doença, na perspectiva dos usuários.

No contexto da saúde da família, as equipes de saúde, necessitam estar preparadas para o enfrentamento desses aspectos, e as perspectivas dos usuários, são parâmetros importantes a serem considerados nas práticas assistenciais e para fornecer pistas aos gestores sobre a organização dos serviços.

Não se trata de desprezar o que foi adquirido, com os avanços da ciência e da tecnologia, utilizados pela biomedicina, mas sim, manter o equilíbrio entre os aspectos positivos desse modelo e as ações/diretrizes previstas na ESF e na PNPS com relação ao processo saúde-doença, as quais consideram os aspectos subjetivos, sociais, culturais e ambientais dos usuários, para obter uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Helman CG. Cultura, saúde e doença (Mussmich, Eliane, tradutora) 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 2 Langdon EJ. *A doença como experiência: a construção da doença e seu desfio para a prática médica*. Florianópolis:UFSC, 2001.
- 3 Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of Califórnia, 1980.
- 4 Boff L. *A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- 5 Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Rev. S Col*, Rio de Janeiro. 17(1): p. 29-41, 2007.
- 6 Capra F. *O ponto de mutação*. 4. ed. São Paulo: Cultriz, 1986
- 7 Flexner A. *Medical Education in The Carnegie Foundation For The Advancement of Teaching*. New York City: Bulletin Number Four, 1910
- 8 Silva Júnior AG da. *Modelos Tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

- 9 Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora, 1983. p. 135-158.
- 10 Ministério da Saúde (BR). 1997: *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- 11 Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988
- 12 Fertonani HP. *O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR*. [Dissertação]. [Florianópolis (SC)]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2003, 165p.
- 13 Campos, GWS. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1994a.
- 14 Ribeiro EM. *Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): Desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa*. [Tese]. [Florianópolis (SC)]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005, 285 p.
- 15 Viana AL D'ávila e Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. Rio de Janeiro. 15(supl.), 2005.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. 2006a *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.
- 17 Svanstöm L. Safe Communities and Injury Prevention: Convergence in a global quest or an experiment in “empowered deliberative democracy”? In: African Safety Promotion. *Journal of Injury and Violence Prevention*. 4(1), 2006.
- 18 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

- 19 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002
- 20 Merhy, EE. Em Busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy E. & Onocko R. (org). *Agir em Saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 21 PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2. ed. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT: Annablume. São Paulo, 2008.
- 22 Cecílio, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad S Pública*. Rio de Janeiro. 13(3), jul./set, 1997
- 23 Monticelli M. O legado hipocrático e os sistemas de saúde: Algumas reflexões. *Rev Cogitare Enfermagem*. Curitiba. 4(2): p. 86-93, 1999.
- 24 SEGRE, Marco, FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev S Publica*, São Paulo. 31(5): 538-42, 1997.
- 25 Bub, MBC. *Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem* [Tese]. [Florianópolis (SC)]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001, 123p.

8 REFLEXÕES PARA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL NA ESF/SUS, EM DEFESA DA VIDA, DA SAÚDE E DA SEGURANÇA - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os usuários dos serviços de saúde são seres históricos, sociais, culturais, subjetivos e dinâmicos. Conhecer e refletir sobre o pensamento acerca da assistência à saúde, contribui para melhorar a qualidade da assistência e para a organização dos serviços de saúde.

Capella (1998) pontua que é na busca de uma melhor compreensão de seu objeto de trabalho, neste caso, o sujeito do cuidado, que os profissionais de saúde podem compreender a si próprios.

No contexto da saúde da família, as equipes de saúde, necessitam de oportunidade para pensar sobre as práticas assistenciais desenvolvidas e conhecer o que pensam os usuários, sobre a assistência é um caminho produtivo para este processo. O saber escutar e a disponibilidade para o diálogo são componentes do relacionamento considerados como importantes no trabalho em saúde. Seria importante também reconhecer que a reflexão crítica sobre a prática exige o reconhecimento da identidade cultural de cada um.

O estudo acerca das perspectivas dos usuários sobre o cuidado em saúde contribuiu para aprofundar o entendimento sobre possibilidades de construção de um modelo assistencial em saúde que considere não somente o cuidado em função de uma doença na família ou em um dos seus membros. No modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família, deve-se olhá-la de maneira a compreender o problema ou necessidade do usuário, numa abordagem que contemple o seu contexto e suas necessidades.

Nas concepções de saúde referidas pelos usuários das equipes das ESF estudadas, foi possível identificar que há uma aproximação destas, com o conceito ampliado de saúde e com os princípios formulados nas políticas da ESF e da PNPS. As diretrizes prescritas nas atuais políticas públicas de saúde brasileiras desenham um novo modelo assistencial em saúde, no Brasil, que se identificam com o que foi relatado pelos usuários sobre a atenção à saúde.

Essas concepções de saúde indicaram ainda que, há aspectos positivos no modelo biomédico, mas mostraram ao mesmo tempo, que os pressupostos deste modelo, são limitados na compreensão de determinantes do processo saúde-doença, como os aspectos culturais, sociais, de segurança e riscos dentre outros.

Esta pesquisa permitiu também aprofundar o tema modelo assistencial na literatura, que mostrou a relevância do seu debate e as diferentes denominações e propostas com relação às mudanças no modelo assistencial.

A literatura mostrou ainda, que o modelo assistencial é resultado de múltiplos determinantes históricos, macro e micro social. Nesta pesquisa, pode-se apreender que um modelo assistencial recebe influências da cultura, dos avanços e dos conhecimentos científicos de cada sociedade, das reivindicações por direitos ao acesso à saúde, da concepção de saúde, das corporações profissionais, do modelo de organização do processo de trabalho, das políticas públicas, da demanda de usuários e do cotidiano do processo de trabalho. Com base nestes elementos, acredita-se que mudanças no modelo assistencial dependerão do predomínio de um ou mais elementos condicionantes do modelo assistencial (PIRES, 2008).

A pesquisa realizada e os resultados obtidos demonstram que o recorte escolhido é uma alternativa útil para repensar e entender o serviço de saúde, especialmente para compreender a perspectiva do usuário e os desafios para mudanças no modelo assistencial.

A antropologia da saúde contribuiu para esse processo de conhecimento da perspectiva do usuário, ampliando o entendimento acerca dos modos de vivenciar a aflição, a saúde e a doença, nas pessoas, cujo processo resulta de uma experiência particular, subjetiva, psicobiológica e sociocultural.

O quadro apresentado a seguir construído com base no referencial teórico e nos resultados obtidos na pesquisa, faz uma relação entre as características do modelo biomédico e as de um novo modelo “proposto” na ESF, bem como as aproximações e distanciamentos destes, com as ações assistenciais relatadas pelos usuários das equipes de ESF.

REFLEXÕES SOBRE NOVO MODELO ASSISTENCIAL	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS SEGUNDO RELATO DOS USUÁRIOS E ESTUDO DOCUMENTAL
Foco na família, grupos e comunidades	<i>Atenção à família, grupos e comunidades. No entanto, o foco é nas doenças e na reabilitação.</i>
Promover espaço e oportunidade para a comunidade participar de alguma maneira da organização das atividades de promoção da saúde e	<i>Orientações educativas para qualidade de vida, alimentação e estilo de vida,</i>

<p>assim se sentir integrante deste processo.</p>	<p><i>associadas à doença. O ACS se destacou nas orientações voltadas para o processo de viver</i></p>
<p>Programas como saúde do homem, saúde do adolescente, saúde da criança, saúde da mulher, prevenção/redução do uso de álcool e tabaco, qualidade de vida, segurança.</p> <p>Estratégia Saúde da Família (ESF) Vigilância em Saúde/Planejamento das ações Programa Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) Antropologia da Saúde Educação em Saúde</p>	<p><i>Utilização do conhecimento da Biologia, Anatomia e Fisiologia nas consultas médicas Abordagens previstas na PNPS restritas Planejamento das ações a partir da doença Ações de promoção da segurança praticamente inexistente Defesa da vida/responsabilização relativa Implementação das Diretrizes da ESF, com prioridade para doenças</i></p>
<p>Valorização das ações assistenciais que considerem aspectos amplos do viver humano, como o olhar, para as condições saudáveis de viver, de segurança e da promoção da saúde e em todos os níveis de prevenção.</p> <p>Defesa da vida/Responsabilização</p> <p>Conhecimento e reflexão sobre novos referenciais e instrumentos que possibilitem uma visão ampliada na compreensão e na análise da perspectiva dos usuários e por sua rede de relações parece útil no cotidiano assistencial brasileiro</p> <p>Valorização das necessidades de saúde, culturais, crenças, valores, hábitos, estilo de vida</p> <p>Organização do trabalho/reuniões de equipes/avaliação do trabalho.</p> <p>Oferta organizada/programada de serviços</p>	<p><i>Curativos, medicação, ações em consultório Orientações em domicílio e para grupos, mas predominantemente direccionadas às doenças. Promoção de atividades físicas e de qualidade de vida para hipertensos e diabéticos.</i></p>
<p>Participação de toda a equipe no cuidado ao usuário Interdisciplinaridade Auxílio/cuidado familiar/Co-participação</p> <p>Relação de vínculo entre a equipe e a família, para facilitar o trabalho das equipes nas ações de promoção da saúde.</p>	<p><i>Ênfase no profissional médico e no Agente Comunitário da Saúde Pouca visibilidade da enfermagem e demais profissionais da saúde</i></p>

Quadro 3 – Reflexões sobre os desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que disseram os usuários

Investigando as práticas assistenciais desenvolvidas pelas equipes de ESF, nos relatos dos usuários e no estudo documental, pode-se verificar que há atenção à família, grupos e comunidades, no entanto, o foco restringe-se as doenças e a reabilitação. As ações assistenciais são baseadas nos sintomas e queixas.

Verificou-se também nas ações de promoção da saúde, que as equipes de ESF desenvolvem atividades de promoção da saúde, abordando temas diversos, como alimentação saudável, exercícios físicos, cuidados com o uso abusivo de tabaco, cuidados com o uso de medicamentos. Contudo estes temas foram aplicados para os indivíduos

doentes, sendo que os usuários saudáveis não estavam incluídos nestas atividades.

Importante considerar que este modo de organizar as ações de promoção da saúde distancia-se não somente das diretrizes da ESF, mas também e especialmente, do que os relatos dos usuários indicaram. As necessidades colocadas por eles, foram de abordagem de temas voltados para qualidade de vida, situações de vulnerabilidade por exposição à riscos, como à violência, o cuidado com crianças, adolescentes e idosos e outros problemas do cotidiano, além da doença.

Alguns estudos têm indicado que as ações de promoção da saúde encontram desafios como baixa adesão dos usuários aos programas e atividades desenvolvidas pelas equipes, desestimulando muitas vezes, práticas de promoção da saúde. Contudo, outros estudos indicam que alguns mecanismos podem ser implementados para melhorar a participação do usuário nas atividades de promoção da saúde. Uma das questões refere-se ao fato de que, haja espaço e oportunidade para a comunidade participar de alguma maneira da organização dessas atividades e assim se sentir integrante deste processo. Outra questão é com relação ao vínculo entre a equipe e a família, que nesta pesquisa se restringiu ao ACS, dificultando o trabalho das equipes nas ações de promoção da saúde.

Destaca-se ainda a importância do desenvolvimento de programas voltados para a assistência à saúde de indivíduos saudáveis, nos diferentes ciclos de vida, tais como, saúde do homem, saúde do adolescente, saúde da criança, saúde da mulher, prevenção/redução do uso de álcool e tabaco, qualidade de vida, segurança, dentre outros, que ainda não estão ocorrendo plenamente nos serviços de saúde.

Considerando as diretrizes preconizadas na ESF, espera-se resultados positivos quanto à melhoria do estado de saúde da população atendida pelas equipes de ESF, uma alteração no processo de trabalho em saúde, uma maior interação entre o profissional de saúde e o usuário e sua família, um novo modelo assistencial em saúde.

Na ESF, o objeto de atenção é a família, entendida a partir do ambiente onde vive, com ênfase na promoção e na vigilância à saúde. A estratégia preconiza assistência integral e de boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, intervindo sobre os fatores de risco, através de uma abordagem na família em seu espaço social (BRASIL, 1997).

Confrontando com os relatos dos usuários sobre as práticas de saúde dos trabalhadores da ESF, o objeto de atenção é, essencialmente,

o indivíduo doente isolado do seu contexto social. Os fatores de risco também não têm sido trabalhado plenamente nas equipes. Os trabalhadores da ESF desenvolvem as rotinas centradas na consulta médica e na medicalização e a implementação das diretrizes do programa, que potencializam mudanças voltadas para a superação do foco na doença e a educação em saúde foram observadas apenas em alguns trabalhadores, como o ACS.

Os ACS se destacaram também em relação aos demais membros da equipe de saúde, nas relações de vínculo, integralidade e responsabilização. Este fato pode ser explicado por algumas hipóteses: primeiro: o agente comunitário de saúde parece cumprir a atribuição prevista nos documentos da ESF, que é promover o elo de integração entre a família e o serviço de saúde; segundo: como a visita domiciliar é uma atividade que requer afastar-se dos muros da unidade de saúde, os profissionais de saúde ainda não estão acostumados com esta realidade, e acabam priorizando outras atividades como o acolhimento, consultas e procedimentos realizados nas unidades de saúde, terceiro: a visita domiciliar parece ser considerada como uma atividade de menor importância em relação aos procedimentos de maior complexidade; quarto: o fato do agente comunitário de saúde geralmente ter domicílio na mesma área de abrangência dos usuários, faz com que alguns problemas sejam comuns entre eles, possibilitando um maior diálogo e aproximação dos ACS com as necessidades dos usuários e por último, as diferenças de expectativa e a falta de habilidade como o diálogo e relacionamento influenciam os profissionais de saúde, que acabam se sentindo mais seguros na unidade, por várias razões, seja porque neste local as informações podem ser repassadas com mais propriedade, ou seja, porque estão distantes da realidade social da população. Assim, os ACS acabam desenvolvendo seu trabalho desvinculado da equipe.

O profissional enfermeiro/a na ESF, tem oportunidade de ocupar um grande espaço de reconhecimento para sua profissão, por meio de atividades como consulta de enfermagem, visita domiciliar, planejamento familiar, trabalho com a comunidade, prevenção de câncer de colo de útero e mama, cuidado ao adolescente, dentre outros.

Considerando-se o que vem sendo implementado na ESF pode-se afirmar: a) que apesar de algumas características diferenciais do modelo biomédico hegemônico a realidade atual mostra que ainda não ocorreu uma ruptura com o mesmo; b) que nas diretrizes da ESF somadas à da PNPS, há potencial para sensibilizar os trabalhadores de saúde e usuários para um novo modelo assistencial; c) que os determinantes

sócio-histórico-culturais e teóricos, em relação à saúde, influenciam no sentido da conservação do modelo tradicional.

As práticas educativas em saúde têm sido debatidas como um valioso instrumento para mediar o relacionamento entre os usuários e os profissionais de saúde no enfrentamento das diferenças culturais, de expectativas e de entendimento. A predominância do modelo assistencial curativo e centrado no médico condiciona as atividades educativas que resultam em ações que visam controlar doenças e o uso de remédios.

Nesta pesquisa, se considera como mudança no modelo assistencial, ações assistenciais que valorizem aspectos amplos do viver humano, como o olhar, para as condições saudáveis de viver, de segurança e da promoção da saúde e em todos os níveis de prevenção. Indica-se a valorização dessas ações nos serviços de saúde e no planejamento das ações. O desenvolvimento de novos referenciais e instrumentos que possibilitem uma visão ampliada na compreensão e na análise da perspectiva dos usuários e por sua rede de relações parece útil no cotidiano assistencial brasileiro.

Canguilhem (2009, p. 6-7) ao discutir a essência da medicina, pontua que “a medicina nos pareceria e nos parece ainda, uma técnica ou arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita”. Apesar de tantos esforços para introduzir métodos de racionalização científica, o essencial dessa ciência ainda permanece sendo a clínica e a terapêutica isto é, “uma técnica de instauração e de restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento”.

Seria viável pensar que o estado patológico se trata de apenas uma modificação quantitativa do estado normal? É sem dúvida que, para agir, é preciso ao menos localizar e o que o homem perdeu pode lhe ser restituído; o que nele entrou, pode sair e assim pode-se pontuar que a necessidade terapêutica determina a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença (CANGUILEHM, 2009).

Contudo, outras explicações sobre a manifestação das doenças podem ser resgatadas, como a explicação hipocrática e grega sobre o normal e o patológico, que se pauta em uma concepção menos ontológica e mais dinâmica, fundada na harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, seria a doença, como uma reação generalizada com intenção de cura (CANGHILHEM, 2009).

Assim, nesta pesquisa defende-se o olhar para dimensões além da doença, envolvendo não somente a relação profissional de saúde e

usuário, mas a realidade social e cultural do mesmo. A perspectiva dos usuários trouxe contribuições para o debate sobre modelo assistencial, mas também mostrou que é fundamental o envolvimento do pesquisador com esta realidade.

É também um desafio para as equipes de saúde da família, considerando que compreender a família, não é uma atividade simples, pois demanda compreender a complexidade de elementos que a envolvem, como o contexto histórico em que vivem, os valores e as crenças. Elsen (1994) pontua que cuidar de famílias é uma prática que requer conhecimento de referenciais teóricos, metodológicos e técnicas adequadas, em razão das suas especificidades.

Assim, cada família tem sua forma própria de reconhecer a doença e cuidar de seus membros enfermos. O profissional de saúde deve respeitar os valores, crenças e conhecimentos adquiridos pela família sobre o processo saúde-doença e estimular um cuidado compartilhado com a família (ELSEN, 1994).

Outro desafio se refere a valorização da defesa da vida, que neste estudo se mostrou um princípio distante de ser considerado.

Surgiram algumas questões importantes na pesquisa, que poderiam ser abordados em outras pesquisas, as dificuldades para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e a invisibilidade do trabalho da enfermagem, que pouco apareceu no relato dos usuários.

Os resultados obtidos nesta pesquisa confirmam que o trabalho das equipes de ESF não está organizado para reverter o modelo de atenção hegemônico. Seria importante pensar em ações que enfatizem as questões culturais, vínculo, acolhimento, humanização. Que considerem a promoção de espaços mais seguros e saudáveis, pensando nas orientações e medidas para redução de riscos e vulnerabilidade, como a prevenção de acidentes domésticos, com crianças e adolescentes, por exemplo, as orientações e medidas para prevenção da violência, do uso de drogas/tabaco/álcool, o cuidado preventivo com a gravidez precoce e tantas outras dimensões do viver humano.

Considerar a multidimensionalidade do viver humano, para o desenvolvimento das práticas assistenciais, pode contribuir para torná-las mais resolutivas e também para oferecer subsídios para a avaliação e planejamento em saúde, dos serviços de saúde.

Seria também fundamental, que os cursos de graduação em saúde debatesses nos currículos, o potencial das diretrizes da ESF e d PNPS para superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico hegemônico.

Os desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança, são muitos, mas as oportunidades de mudanças também são. É necessário buscar mecanismos capazes de ampliar as discussões destes aspectos nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, MARIZE Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Saúde da família: mudando praticas: estudo de caso no Município de Natal (RN) **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (supl 1), p.1439-1452, 2009

BAPTISTA, Eliane Katsume Kikumoto; MARCOS, Sonia Silva SOUZA, Regina Kazue Tanno de. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil **Cadernos de Saúde Pública** v.24, n.1, Jan. 2008

BARATA, Rita de Cássia Barradas. **A historicidade do conceito de causa**. Textos de Apoio – Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1985.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BIERNACK, P. WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referencial sampling. **Social Meth Res** 10:141-163, 1981

BIGUACU Projeto Linha Verde ajuda na saúde de Biguaçu. Publicado em 27 de Março de 2009 disponível em http://www.adjorisc.com.br/jornais/obarrigaverde/noticias/index.phtml?id_conteudo=185972 Acesso em 03/04/09

BLANK, Vera Lúcia Guimarães. **O olhar biológico e epidemiológico**. Painel apresentado à Disciplina do Curso de Doutorado em Enfermagem Processo de Viver Humano. (transcrição) Florianópolis, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 fev 2007

____Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a**

descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. Portaria n.648, de 28 de março de 2006b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

_____. 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.** Disponível em www.planalto.org.br. Acesso em 15 março 2008.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em www.planalto.org.br Acesso em 15 março 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Portaria 2048/2009**, 2009. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 10 nov de 2009

BUB, Maria Bettina Camargo. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. 2001. 123f (Tese de Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001, 123f.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1: 163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e gestão de coletivos**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

____ Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994a, p. 53-61

____ **A saúde pública e a defesa da vida**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994b.

____ Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY; ONOCKO (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo / Buenos Aires: Hucitec / Lugar Editorial, 1997, p. 229-266.

CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Florianópolis: Universitária 183p, 1998.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. 4 ed. São Paulo: Cultriz, 1986

CARTA de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Relatório**. nov. 1986. Canadá Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2008.

CECÍLIO, LUIS Carlos de Oliveira. 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. jul./set, 1997

____ As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade a atenção à saúde. In: PINHEIRO, R;

MATTOS, R.A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2001.

COBRA, Rubem Q. *Descartes*. Disponível no site www.cobra.pages.nom.br, Internet, Brasília, 1998. ("Geocities.com/cobra_pages" é "Mirror Site" de *COBRA.PAGES*). Acesso em 10 dez 2009.

CONNILL, Eleonor et al. **Relação público-privado e arranjos tecno-assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul**” Relatório Final. Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar/ Núcleo Sul, 2007, 179p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 199-204, jan./mar, 1998.

COSTA, Glauce Dias da; Cotta, Rosângela Minardi Mitre; Franceschini, Sylvania do Carmo Castro; Batista, Rodrigo Siqueira; Gomes, Andréia Patrícia; Martins, Poliana Cardoso; Ferreira, Maria de Lourdes da Silva Marques. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis**. v.18, n. 4, p. 705-726, 2008

DONABEDIAN, A La calidad de la atención medica: definición e método e evaluación. México: **La Prensa Médica Mexicana**, 1984

FERTONANI, Hosanna Patrig. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR**. 2003. 165f (Dissertação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in The Carnegie Foundation For The Advancement of Teaching**. New York City: Bulletin Number Four, 1910

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de

Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.15, n.2. 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 23. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; EGGERT, Astrid Bohes; WONY, Antonio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à saúde: trajetórias históricas de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis v.15, n.2, 2006.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença** (Tradução Eliane Mussmich) 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture**. Berdley: University of Califórnia, 1980.

LAFLAME, L. SVANSTRÖM, SCHELP, M. **Safety Promoton: A introduction**. Falkopin, s/d.

LANGDON, Esther Jean. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Florianópolis: UFSC, 2001.

LEAVELL S.; CLARK. E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: MacGraw –Hill, 1965

LEFEVRE, Henri. **Lógica formal, lógica dialética**. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LEOPARDI, M.T. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC; (Org.) – Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

_____. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2000.

LUCENA, Amália de Fátima; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; SOUZA, Mariana Fernandes de; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero.

Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem**. v.40, n. 2 jun. 2006. MALTA, Débora Carvalho, JORGE, Alzira de Oliveira, FRANCO, Túlio Batista, COSTA, Mônica Aparecida. Modelos Assistenciais na saúde suplementar a partir da produção do cuidado. In: MALTA, Débora Carvalho, CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, JORGE, Alzira de Oliveira, ACIOLE, Giovanni Gurgel (Org.). **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Ministério da Saúde/ANS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 10 ed. São Paulo: Difel, v.1, 1982

MATOS, Eliane. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de Novas Formas de Organização do Trabalho em Saúde**. 2006 355f. (Tese de Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2006,

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos 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.

MAURICE, P, LAVOIE, M, CHARRON, RL, CHAPDELAIN, A, BONNEAU, HB, SVANSTRÖM, L, LAFLAMME, L; ANDERSON. **Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects**. World Health Organisation (WHO)- Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, Sweden/ Collaborating Centre for Safety Promotion and Injury Prevention, Quebec, 1998.

MELO, Telma Maria A. Gonçalves. Representações: a perspectiva do usuário no diálogo entre saberes e práticas de produção do cuidado em saúde. (Dissertação) Recife: FIOCRUZ. Recife, 2000. 139 p.

MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

_____**A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: Cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002

_____**Em Busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy, E. & Onocko, R. (org). **Agir em Saúde. Um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____**O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993, 269 p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** 3. ed. Lisboa (trad). Porto Alegre: Sulina, 2007.

MONTICELLI, Marisa. O legado hipocrático e os sistemas de saúde: Algumas reflexões. **Revista Cogitare Enfermagem.** v.4, n.2, p. 86-93, 1999.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de. **Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora / RJ** 2004 (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA (OPAS) **Municípios, cidades saudáveis.** Disponível em www.opas.org.br. Acesso 21/03/08.

PAIM, Jainilson A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567-86, 2003

_____**A reforma sanitária e os modelos assistenciais.** In: Rouquayrol MZ. Almeida Filho N (orgs). **Epidemiologia & Saúde.** 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 473-87, 1999

PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins; FORTUNA, Cinira Magali; MATSUMOTO, Sílvia. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses / necessidades do setor saúde **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n. 6, p. 1001-1010, nov./ dez. 2005

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT: Annablume. São Paulo, 2008.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC; (Org.). Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p. 24-48.

PAGLIOSA, Fernando. Luiz. Da ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.32, n.4, 2008, p. 492-499

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadete. **Pesquisa e Análise Qualitativa**. In: Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

REZENDE, Ana Lúcia Magela. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, Edilza. Maria. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): Desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa**. 2005. 285f (Tese de Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROZEN, George. A evolução da medicina social In: NUNES, Everardo Duarte (org). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. 2006. 232 f. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCLIAR, MOACYR. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, Marco, FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.31, n.5, p. 538-42, 1997.

SENNA, Mônica de Castro Maia, COHEN, Mirian Miranda. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 7, n.3, 2002

SIGERIST, H. E. (1946) - **The University at the crossroads**. New York: Henry Schumann Publishers.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde. O debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, Glacieti Borges. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SUCUPIRA FILHO, Eduardo. **Introdução ao pensamento dialético**. São Paulo: Alfa Ômega, 1984.

SVANSTRÖM, Leif. Safe Communities and Injury Prevention: Convergence in a global quest or an experiment in “empowered deliberative democracy”? In: African Safety Promotion. A **Journal of Injury and Violence Prevention** v. 4, n.1, p. 77-86, 2006

TEIXEIRA, Carmém Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), p. 153-162, 2002

TEIXEIRA, C F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde**. Caderno da 11a Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000. p. 261-281.

TERRIS, M. **Conceptos sobre Promocion de la Salud – dualidades en la teoria de la Salud Publica**. Washington, OPAS/OMS, 1992.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M.; et al. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 581-589, 2002

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, p. 49 a 74, 1987.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Grabiela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade; formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** v.10, n.3, 599-613, 2005.

VIANA, Ana Luiza D'ávila e DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**. Rio de Janeiro v.15 (supl.), 2005.

WHO (1986) - The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

N. entrevista: _____

DADOS GERAIS

NOME (INICIAIS) :

Data: ____/____/____

DN: ____/____/____ Idade ____ Sexo: () F () M

Cidade: _____

Unidade de Saúde /Equipe do PSF a que pertence:

Micro área: _____

Local da Entrevista: _____

A) COMPREENDENDO A DINÂMICA FAMILIAR E A RELAÇÃO COM O PSF

1- Há quanto tempo você recebe assistência do PSF?

Menos de 6 meses () Acima de 6 e menos de 1 ano ()

Menos de 2 anos () 2 anos ou mais ()

3 anos ou mais () Acima de 5 anos ()

2- Você poderia falar um pouco sobre a sua vida e de sua família em relação à saúde? (Condições de vida, saúde, moradia).

a- Membros família que moram juntos : 1 () 2 () 3 () 4
ou mais ()

b- Existe alguma pessoa doente na sua família? Sim () Não ()

Quem ? _____

Qual(is) doença(s)? _____

c- Como tratam a(s) doença(s) e qual é o auxílio recebido da equipe do PSF?

d- Tem alguém na família que usa ou usou drogas e/ou álcool? A equipe do PSF sabe disso? Auxilia você e sua família de alguma forma?

e- Tem algum filho em idade escolar (ver na ficha cadastral do PSF) ? Frequentam a escola? O PSF tem alguma atuação na escola do seu filho ou do bairro?

f- Você e sua família fazem alguma coisa ou atividade para prevenir doenças e viver com saúde? A equipe do PSF/ESF

desenvolve alguma medida para promover a saúde e prevenir doenças?

3- Com relação ao bairro onde você mora: existe alguma associação de bairro ou outra forma de organização?

SIM () NÃO ()

a- Você ou algum membro da sua família participam? De que modo? Como vocês se ajudam na comunidade?

b- O PSF também participa? De que maneira?

c- Existe algum problema no seu bairro: () como falta de asfalto

() rede de esgoto () depósito de lixo nas ruas () outro problema que afete sua saúde ou de seus vizinhos?

d- O PSF tem contribuído para resolução desses problemas? Como (orientação/outra participação)?

B) IDENTIFICANDO AS APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS COM AS DIRETRIZES DA ESF E PNPS/ SUS

1 -Vínculo/ Responsabilização

a- Quais são os profissionais que assistem você ou sua família?_____

b- Tem alguém em quem você (es) deposita(am) mais confiança ou segurança para falar dos problemas e buscar ajuda?

c- Alguém da equipe do PSF/ESF() ___religioso()

benzedeira () Família ()

Outro ()_____

d- A ajuda recebida é de que forma? _____

2- Visita Domiciliar

e- Você recebe **visita domiciliar** de algum membro do PSF?

Qual membro da equipe?

Com que frequência? Semanal () mensal () raramente ()

nunca recebeu ()

Qual o motivo da visita? _____

O que você acha sobre a visita domiciliar. Você acha importante a vd?

Como gostaria que fosse essa visita?

3- Acesso/Acolhimento

- a- Quem geralmente lhe recebe quando você procura a UBS?
 - b- O que você gostaria que melhorasse no atendimento à sua saúde na unidade de saúde que você frequenta?
 - c- Como você é recebido na UBS? Você se sente bem vindo e que a equipe se preocupa com você/sua família e com seus problemas?
 - d- Quando você procura o posto de saúde/UBS, você consegue consulta, exames e medicamentos facilmente?
- e- Qual profissional lhe atende?
 - f- Geralmente, por quais atendimentos você passa para resolver seu problema?
- g- A equipe do PSF contribui com este atendimento? Como?

4 Integralidade

- a- Com relação às orientações sobre saúde recebidas da equipe do PSF/ESF, quais você lembra que recebeu?
- b- Elas foram direcionadas somente para você ou para sua família?
- c- Elas foram direcionadas para alguma mudança de atitude, alimentação ou outro aspecto da sua vida além da doença?
- d- A equipe a que você pertence, desenvolve alguma atividade de grupo? Qual (ais)? Você participa de alguma dela (s)?

5 Interdisciplinaridade

- a- Você ou sua família recebe (em) ou recebeu (ram) algum tipo de atendimento além do profissional médico, na equipe do PSF? De quem? Como você chegou a este outro profissional? Foi indicado por quem?
- b- Foi demorado ou foi fácil? Este profissional já sabia do seu problema ou foi informado por você?
- c- Você acha importante a participação de vários profissionais de saúde ou de outra pessoa que você reconheça como apto para te ajudar no seu problema de saúde, além do médico.
- d- Quem é e por quê?

6 Defesa da segurança/vida/saúde

- a- Você recebeu alguma orientação/incentivo para
 - () Alimentação saudável () Atividades físicas

- () Prevenção da obesidade () Prevenção e controle do tabagismo
- () Redução do álcool e outras drogas () Redução de acidentes de trânsito
- () Prevenção da violência e estímulo à paz () Gravidez precoce
- () Uso da camisinha () Estresse, mudança de estilo de vida.
- () Outros.

b- Se sim, quem orientou?

A equipe de saúde? () Sua família () A igreja () O médico ()

A televisão () A escola ()

c- As orientações recebidas foram seguidas? Justifique sua resposta.

d- Se não, como você lida com todos esses aspectos no seu dia a dia? Você acha que são importantes para sua saúde?

7 - Concepção saúde/doença e modo de viver

a - Você pratica algum esporte?

b- Você poderia descrever alguma ocorrência na sua vida, que você tenha recebido apoio da sua equipe de saúde, tais como roubo, assassinato ou morte natural, violência ou briga, violência doméstica, ingestão de produtos químicos, acidentes domésticos, perda do emprego, falta de dinheiro ou outros?

c- Se sim, que tipo de apoio você recebeu?

d- Como você define saúde?

e- O que você pensa sobre os riscos que corremos todos os dias ao sairmos de casa para trabalhar, passear, andar, dirigir, viajar, namorar, e quais atitudes você indica para diminuí-los? Sua equipe já tocou neste assunto com você?

f- As suas crenças, costumes e maneiras particulares de cuidar da sua saúde ou doença causam algum problema ou divergência com a assistência recebida pela equipe de saúde do PSF/ESF? O que você gostaria de indicar como contribuição para resolver este problema, caso exista?

Obs: este roteiro foi elaborado com base nas diretrizes contidas no Plano Nacional de Promoção da Saúde e na ESF/PSF e nos eixos referenciais desta pesquisa

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARIN
CENTRO DE CIÊNCIAS DAS SAUDE
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
AREA: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado usuário(a)

Vimos por meio deste, esclarecê-lo sobre uma pesquisa que estamos realizando na área de abrangência da unidade de saúde, na qual você utiliza os serviços de saúde. Esta pesquisa recebeu o título de **DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM DEFESA DA VIDA, DA SAÚDE E DA SEGURANÇA: O OLHAR DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA.**

Como você pode perceber, a pesquisa enfoca principalmente aspectos relacionados ao processo de viver de cada um de nós, em especial traz uma preocupação sobre como está ocorrendo a defesa da vida, da saúde e da sua segurança, no serviço de saúde próximo ao bairro onde você mora.

Gostaríamos de conhecer se estes assuntos têm sido discutidos com você ou sua família, pelos profissionais de saúde que pertencem à sua Equipe de Saúde da Família e quais assuntos seriam considerados por você/sua família, como importantes para serem considerados na assistência à sua saúde. Gostaríamos também de saber se as ações que a equipe desenvolve com você/sua família, seja na sua casa, no posto de saúde ou nos grupos, estão próximas ou distantes destes três aspectos e compreender se estes contribuiriam no cuidado à sua saúde e de sua família.

Para isso, temos alguns objetivos tais como identificar no desenvolvimento do conjunto das ações de saúde das equipes do PSF/ESF e no relato de usuários desses serviços, de duas unidades de saúde da Região Sul do Brasil, sendo a Unidade de Saúde Prado e o SIAB no município de Biguaçu, práticas assistenciais em saúde, que se

aproximem e se distanciem das diretrizes do PSF/ESF, da promoção da saúde, da vida e da segurança. Estes objetivos visam impulsionar a formulação de indicativos que possam contribuir para a construção de um novo modelo assistencial em saúde.

Assim, convidamos você à participar desta pesquisa, através de uma entrevista e também pela observação de algumas atividades ou assistência desenvolvidas pela sua equipe de saúde da família. Sua participação é muito importante na construção de uma assistência à saúde de melhor qualidade.

Esta pesquisa está sendo conduzida sob os princípios éticos da resolução 196/96, que prevê direitos e deveres ao pesquisador e aos demais envolvidos na pesquisa. Neste contexto, sua participação é livre e voluntária, garantindo-lhe o direito de negar-se à participar, se assim o desejar. Qualquer risco ou prejuízo, decorrentes desta participação estarão sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis, que estão abaixo descritos. Seu nome e outros dados pessoais, bem como de sua família, serão mantidos em sigilo e caso queira desistir da participação após a entrevista ou observação, poderá fazê-lo em qualquer momento, através dos telefones de contato dos pesquisadores relacionados ou mesmo comunicando o enfermeiro responsável do posto de saúde que você frequenta.

Diante do exposto, declaro que fui informado(a) dos aspectos éticos, constantes acima, os quais me garantem direitos e deveres, tais como :

1. adesão voluntária à pesquisa;
2. liberdade para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que isso me prejudique em qualquer instância e na assistência;
3. sigilo da minha identidade e das informações prestadas;
4. que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
5. da liberdade de acesso aos dados em qualquer etapa da pesquisa, bem como ao relatório final.
6. Garantia de acompanhamento e assistência, pelos responsáveis pela pesquisa.

Nestes termos, considero-me livre e esclarecido(a), e concordo em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e permitindo a divulgação pública dos resultados, respeitando a legislação.

Recebo neste ato uma cópia deste termo, elaborado com base no item IV da Resolução 196/96 – CNS, DE 10/OUT/1996.

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Assinatura do orientador da pesquisa: _____

Responsáveis

Hosanna Pattrig Fertoni

Pesquisador

Rua São Lourenço, 559

Jardim Alvorada

Universidade Estadual de Maringá

Maringá PR Fone (44) 3025 4199

Dra Denise Pires

Orientador

Universidade Federal Santa Catarina

Florianópolis SC Fone: (48) 3721-9480

Data: ___/___/___

ANEXOS

ANEXO A**Instrução Normativa 06/PEN/2009**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-
BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br www.nfr.ufsc.br/pen

Instrução Normativa 06/PEN/2009
Florianópolis, 02 de dezembro de 2009.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 02/12/2009 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.
2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos.
3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:
 - a) Em dissertações de Mestrado:
 - Elementos pré-textuais
 - Introdução

- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico.

b) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior para Doutorado e B3 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

c) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

d) A impressão final, após avaliação da Banca Examinadora, deverá seguir as normas de formatação da UFSC.

Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 01/PEN/2008, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 02/12/2009

ANEXO B

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SERES HUMANOS

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos</p>
	<p>CERTIFICADO Nº 065</p>
	<p>O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP</p>
	<p>APROVADO</p>
	<p>PROCESSO: 404/08 FR-233712</p>
	<p>TÍTULO: Desafios para a construção de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o olhar de usuários da atenção básica.</p>
	<p>AUTOR: Denise Elvira Pires de Pires e Hosanna Partrigg Fertonani.</p>
	<p>DPTO.: CCS/UFSC</p>
	<p>FLORIANÓPOLIS, 27 de abril de 2009.</p>
	
	<p>Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Pereira de Souza</p>

ANEXO C

NORMAS REVISTA CIENCIA E SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde ColetivaISSN 1413-8123 *versão impressa*ISSN 1678-4561 *versão online*INSTRUÇÕES AOS
AUTORES

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização

da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw. Estes

formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de "maturidade do PSF"¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J*

Aust 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de*

agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *En* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo

epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos 21040-361 Rio de Janeiro RJ – Brazil

Tel.: +55 21 2290-4893 / 3882-9151



revscol@fiocruz.br

ANEXO D

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS – REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Disponível em:

http://www.ee.usp.br/REEUSP/index.php?p=area&are_id=22

INSTRUÇÕES AOS AUTORES



ISSN 0102-311X *versión*
impresa

ISSN 1678-4464 *versión on-line*

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

1.6 Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo

científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- b) ClinicalTrials.gov
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- d) [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos,

gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os

critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome,

endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura,

considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader[®]. Esse programa pode ser

instalado gratuitamente pelo site:
<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz*

**Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508
Fax: +55 21 2298-2737 / 2598-2514**



cadernos@ensp.fiocruz.br

ANEXO E

REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO

ORIENTAÇÕES AOS AUTORES

A Revista Enfermagem em Foco – RevCofen visa contribuir para o fortalecimento da Enfermagem, em especial, no que diz respeito aos objetivos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem de normatizar e fiscalizar o exercício profissional. O periódico propicia a divulgação e o intercâmbio de conhecimentos relativos à ética e bioética em saúde e Enfermagem; fundamentos teóricos e jurídico-legais da profissão, processo de trabalho de Enfermagem; filosofia de Enfermagem; organização profissional e políticas públicas em saúde e Enfermagem.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

O processo de submissão será realizado via e-mail no endereço revista@cofen.gov.br.

O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores. Os Editores recebem os manuscritos on line, verificam o atendimento às normas e a aderência às temáticas da Revista para posterior encaminhamento aos pareceristas.

A Revista inclui editorial, artigos científicos, resenha, comentários e comunicações.

FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Artigo Científico: os artigos científicos devem ser aderentes as áreas temáticas da revista e podem ser apresentados na forma de resultados de pesquisa; reflexão teórica opinativa ou analítica de questões que contribuam para o aprofundamento das referidas temáticas; revisão de literatura com análise crítica e sistematizada; e relato de experiência ancorado em referencial teórico que dê suporte à análise. O manuscrito deverá conter introdução, objetivo, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Não serão aceitas notas de rodapé.

Identificação do Manuscrito: título conciso e informativo; nome(s) do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé a titulação, instituição de origem e endereço eletrônico.

Autoria. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir

publicamente a responsabilidade pelo conteúdo. Os autores devem especificar, em formulário próprio (modelo 1), a participação na elaboração do manuscrito.

Idioma. Serão aceitos textos em português, espanhol e inglês.

Limite de Palavras: O número máximo de palavras por artigo é de três mil (3000) incluindo títulos, resumos, descritores e referências.

Formatação: Papel A4 (210 x 297mm). Margens de 2,5cm em cada um dos lados. Letra Times New Roman 12. Espaçamento duplo em todo o arquivo, redigidos em Word 2007.

Resumo e Descritores: o resumo deverá conter de 80 a 100 palavras, incluindo objetivos, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, seqüencialmente na primeira página, incluindo títulos e descritores nos respectivos idiomas. Os descritores devem ser em número de três (03) a cinco (05), sendo aceitos, somente os vocábulos incluídos na lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS-LILACS", elaborada pela BIREME (acessível em <http://decs.bvs.br>) ou no Medical Subject Heading - MeSH (acessível em www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh).

Aspectos Éticos. Manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão deverão vir acompanhados, no sistema on line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou declaração de respeito às normas internacionais.

Agradecimentos. Posicionados no final do texto.

Transferência de Direitos Autorais. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações, on line, de transferência de direitos à RevCofen (modelo 2).

Ilustrações: As ilustrações incluem tabelas e figuras, limitadas ao máximo de três por manuscrito e devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas. A numeração seqüencial é separada para tabelas e figuras. As figuras devem incluir dados imprescindíveis, o título deve ser breve e as notas, quando necessárias, após a identificação da fonte. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 8,0cm (largura da coluna do texto) ou 17cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a

reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Referências: As referências estão limitadas a 20, apresentadas no formato Vancouver Style(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) e numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescrito. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 3-8); quando intercalados use vírgula (ex: 1,4,12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, listar os 6 primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula. As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independente do número de linhas, e identificadas entre aspas indicando autor e página(s) (ex: 1:20-21).

Resenha: Síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas e de interesse para a Enfermagem. 1000 palavras.

Comentários: Texto que visa estimular a reflexão das temáticas da RevCofen, no que diz respeito a debates relevantes na atualidade, podendo incluir entrevistas e assuntos encomendados e/ou induzidos pelos Editores. Os textos são limitados a duas mil palavras (2000) e devem ser organizados em tópicos ou subitens destacando na introdução o assunto e sua importância. As referências devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no manuscrito.

O formato do resumo é o narrativo, com 80 a 100 palavras e as referências bibliográficas limitadas a 15.