Saúde da Família em foco

uma análise da realidade de Campina Grande/PB

Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Tháisa Simplício Carneiro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VASCONCELOS, KEL., and CARNEIRO, TS. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 175-199. ISBN 978-85-7879-193-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB

Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Thaísa Simplício Carneiro

Introdução

A estratégia Saúde da Família (SF), implantada pelo Ministério da Saúde desde 1994, constitui-se atualmente em um dos pilares da saúde pública brasileira, tendo como objetivo reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção básica. Propõe que o trabalho das equipes se pautem no paradigma da produção social da saúde e na prática sanitária da vigilância da saúde. Esta tem como eixos, além da atenção curativa, a prevenção e a promoção da saúde, sendo estas últimas consideradas fundamentais para o processo de reversão do modelo de atenção à saúde. Este artigo – que resulta de pesquisas desenvolvidas através do Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Estadual da Paraíba, cotas 2006/20007 e 2007/2008 – visa analisar como os(as) profissionais da Saúde da Família de Campina Grande/PB avaliam sua implementação no município, procurando também verificar se a prática sanitária da vigilância da saúde vem sendo efetivada no cotidiano do trabalho das equipes; conhecer os impactos da SF nas comunidades

atendidas a partir da visão dos(as) profissionais; identificar os desafios para a sua implementação. Desse modo, pautado numa abordagem qualitativa, este estudo utilizou-se, para coleta de dados, da pesquisa documental e da entrevista semi-estruturada (gravada). A pesquisa de campo foi dividida em duas fases: a primeira teve como sujeitos os(as) profissionais de nível superior que atuam na SF de Campina Grande; a segunda priorizou os(as) agentes comunitários de saúde. Para a análise dos dados, lançou-se mão da análise de conteúdo. Na avaliação dos(as) profissionais entrevistados(as), a SF traz importantes impactos para a população atendida, concretizando alguns princípios apreendidos pelo SUS/SF. Entre os avanços, destacam-se a melhoria nos indicadores de morbi-mortalidade, a diminuição de internações hospitalares, a melhoria do acesso aos serviços, a humanização da assistência, a construção do vínculo entre profissionais e população. Não obstante, os depoimentos indicam que, embora a principal justificativa para a adoção da estratégia seja a reorganização do SUS, constata-se apenas a ampliação do acesso da população à atenção básica: os demais níveis prosseguem deficitários e a continuidade da atenção é comprometida. Sinalizam também que a intersetorialidade é algo ainda muito frágil no município; o controle social enfrenta grandes desafios em sua efetivação; ocorre escassez e inadequação de insumos, de medicação e aviltamento das condições de trabalho. As falas também indicam que, nos últimos anos, apesar da expansão da quantidade de equipes, a SF de Campina Grande, em lugar de avançar na concretização dos princípios do SUS, vem sofrendo diversos retrocessos em termos das características históricas de referência que tinha em nível nacional. Além disso, verifica-se que, apesar da expansão do número de equipes, a estratégia parece estar assumindo feições de “cesta básica de saúde”, diante do insuficiente investimento na qualificação da mesma em nível municipal. Conclui-se, portanto, que a simples ampliação quantitativa da estratégia não garante a transformação da organização dos serviços sob a perspectiva do paradigma da produção social da saúde, nem tampouco a qualidade necessária para responder às necessidades de saúde da população.

Breve incursão nos modelos de atenção à saúde no Brasil

No sentido de compreender melhor as proposições da estratégia Saúde da Família, é importante refletirmos sobre os modelos de atenção à saúde¹ que vêm sendo adotados ao longo da história do país.

Paim (1999) considera que, desde o início do século XX, convivem, no Brasil, de forma contraditória ou complementar, dois modelos assistenciais: o médico-assistencial privatista e o “sanitarista”.

O primeiro se baseia no paradigma flexneriano e se caracteriza por estar centrado na doença, tendo a rede de serviços de saúde, com ênfase no hospital, como sua forma de organização principal (GUIMARÃES, 2006). Conforme destaca Paim (1999), o modelo supracitado está voltado para a chamada “demanda espontânea”, reforçando a atitude de indivíduos só procurarem os serviços de saúde quando estão doentes. “É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta” (PAIM, 1999, p. 477).

Deste modo, a prática sanitária adotada é o da *atenção médica* (MENDES, 1996), que se caracteriza pela ênfase na abordagem *individual, curativa* e por ter como sujeito central o profissional *médico* (os demais profissionais de saúde são tidos como *paramédicos*).

1 É importante sinalizar que a conceituação de modelo assistencial é algo complexo, com diferentes conotações. Adotamos a compreensão de Souza (2001, p. 57, grifo da autora), segundo a qual “um modelo assistencial de saúde pode ser entendido enquanto um modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las, em determinados espaços-populações, incluindo diferentes unidades prestadores de serviços – de diversas complexidades tecnológicas – e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas”.

Neste modelo não há uma efetiva busca pela integralidade, nem o compromisso com o impacto dos serviços sobre o nível de saúde. Apesar de tais restrições, o modelo médico-assistencial privatista “é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto de problemas de saúde da totalidade da população” (PAIM, 1999, p. 477).

Conforme aponta o referido autor, em decorrência dessa forma de organização dos serviços ser incapaz de alterar os níveis de saúde, os serviços públicos vêm adotando, de maneira complementar e subordinada, o modelo “sanitarista”. Este corresponde à saúde pública tradicional e tem enfrentado os problemas sanitários da população através de campanhas (vacinação, combate às endemias etc.), programas especiais (saúde da criança, da mulher, ações de controle da tuberculose e hanseníase, entre outros) e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Sendo assim, sua atenção se concentra no controle de determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer e tem como objeto os fatores de risco e de transmissão: é quase um trabalho de bombeiro do tipo “apagar incêndio” (PAIM, 1999).

Guimarães (2006) pondera que tal modelo, embora ofereça ações relativamente voltadas para as necessidades da população, tem, comumente, um perfil temporário, requerendo uma grande soma de recursos financeiros e humanos, além de alterar, na maioria das vezes, a rotina das unidades de saúde. Apesar dessas desvantagens, prossegue o autor, o modelo torna-se um “mal necessário” para enfrentar os problemas de saúde que os serviços não conseguiram responder através de suas ações usuais.

Diante dos limites e fragilidades desses modelos assistenciais, a partir da década de 1970, no bojo do processo de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira, emerge um movimento articulado de intelectuais, trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais que exige mudanças na atenção à saúde no país: o Movimento de Reforma Sanitária. Sua pauta de reivindicações

compreendia, segundo Bravo (2001), demandas pela compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado; pela universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços do setor; pela descentralização de poder e de recursos financeiros, principalmente para as esferas estadual e municipal; e pela participação popular.

Fazendo tais requisições, o Movimento de Reforma Sanitária trazia para o cenário político um novo paradigma: o da produção social da saúde (MENDES, 1996). A partir deste, compreende-se que o processo saúde-doença é determinado pelo “estágio de desenvolvimento do modo de produção adotado, bem como das relações sociais de produção” (MIOTO; ROSA, 2007, p. 104). Em outras palavras, a saúde é compreendida como resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e, portanto, nas condições coletivas de saúde, tendo influência decisiva nos padrões de morbi-mortalidade da população.

Dessa forma, a adoção do novo paradigma traz em seu bojo um conceito positivo de saúde (entendida como produto de relações sociais e não como ausência de doenças) e uma prática sanitária que supere a lógica da atenção médica: a vigilância da saúde (MENDES, 1996). Esta, de acordo com o autor referido, é resultado da combinação de três tipos de ação, sendo crescente a sua ordem de importância para a transformação do modelo assistencial: a atenção curativa, a prevenção de enfermidades e a promoção da saúde. A primeira delas é voltada para a cura ou cuidados das dores e para a reabilitação de seqüelas, estando fundamentalmente dirigida para indivíduos. A segunda ação, a *prevenção das doenças e dos acidentes*, seria organizada como um modo de observar e planejar intervenções que busquem antecipar-se aos eventos, agindo sobre problemas específicos ou sobre um conjunto deles, de maneira a atingir indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentar. A terceira ação, a *promoção da saúde*, a partir da constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, busca o desenvolvimento

de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população atendida. Dessa forma, a vigilância da saúde²

tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre os nós críticos de um problema de saúde, com base em saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial (MENDES, 1996, p. 243-244).

Reforçando esta reflexão, Franco e Merhy (2007) consideram que os serviços de saúde devem ser *usuário-centrados*, ou seja, efetivamente voltados para as necessidades da população atendida. Teixeira (apud PAIM, 2001, p. 6) afirma que

trata-se de superar o modelo centrado na atenção à “demanda espontânea”, de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços. Ou seja, a prioridade se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, para “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde das pessoas e dos

2 Ainda de acordo com o referido autor, o desenvolvimento destes tipos de ações se daria a partir de três pilares. O primeiro seria o *território*, entendido não simplesmente como espaço geográfico, mas como um “território pulsante”, onde se processam diversas relações sociais. O conhecimento do território é compreendido como um requisito no desvelamento da realidade da situação de saúde da população. O segundo pilar seria a abordagem por *problemas*, partindo das necessidades locais, em detrimento da abordagem verticalizada dos programas. Por fim, o último pilar seria a *intersectorialidade*, percebida como um conjunto articulado de ações sobre os nós críticos (problemas) do território, envolvendo diversos setores. Ela não seria simplesmente a superposição das ações de tais setores, mas a unidade do fazer, a superação da fragmentação na abordagem dos problemas vivenciados pela população.

grupos populacionais”. Implica conhecer os problemas de saúde e seus determinantes, ou seja, implica em organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas sobretudo as ações e serviços que incidem sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais.

Como sabemos, a Carta Magna de 1988 incorpora as demandas do Movimento de Reforma Sanitária e sua proposta de conceito de saúde ampliado, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este “traduz a radicalidade da proposta face ao modelo de atenção à saúde, implantado até então no Brasil, baseado, de modo inequívoco, na medicina curativa e na atenção à doença” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 224).

É fundamental assinalar que, apesar dos avanços obtidos legalmente, a implantação e implementação do SUS não acontece de maneira consensual, passando a ser palco de um embate acirrado entre dois projetos antagônicos: o projeto de reforma sanitária (com as demandas anteriormente mencionadas) e o projeto privatista, que, norteador pela perspectiva de ajuste neoliberal³, defende o aprofundamento dos traços do modelo médico-assistencial privatista.

Nesse tenso cenário e realizando tal avaliação acerca dos limites do SUS, o Ministério da Saúde começa a adotar, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), sobre o qual nos debruçaremos nesse momento.

3 O neoliberalismo apregoa o redirecionamento do papel do Estado, o que deve ser feito através da contenção de gastos, da descentralização dos serviços em nível local e da focalização das políticas sociais para atender às populações mais vulneráveis através de “pacotes básicos”, aprofundando o processo de mercantilização de tais políticas, inclusive a da saúde.

Notas sobre a estratégia Saúde da Família: entre diretrizes e críticas

De acordo com o citado Ministério, o PSF tem o objetivo de reorganizar a atenção à saúde a partir da atenção básica, constituindo-se na “porta de entrada do SUS” (BRASIL, 1997). É importante destacar que, de experiências pontuais em alguns municípios, o programa é agora assumido como *estratégia* Saúde da Família (SF), que, implantada em 5.125 municípios do país, conta com 27.324 equipes e abrange 87,7 milhões de pessoas da população brasileira (BRASIL, 2007).

Como o próprio nome anuncia, a SF elege, como objeto de sua intervenção, não a doença e o indivíduo, mas “a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (BRASIL, 1997, p.10).

Em termos operacionais, a estratégia é concretizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Cada equipe é composta por, no mínimo, 1 médico de família, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e entre 4 e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico em higiene dental.

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (cada equipe se responsabiliza por cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou entre 600 e 1.000 famílias), localizadas em uma área geográfica delimitada, o que possibilita a criação de vínculo entre população e trabalhadores(as) de saúde (BRASIL, 2007).

Conforme o citado Ministério, os(as) profissionais da SF atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da respectiva comunidade, se caracterizando também

por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para

exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2007, p. 1).

Cumprir situar que a SF se constitui atualmente em um dos pilares da saúde pública no Brasil, o que fica evidente, como mostram Medina e Aquino (2002), em decorrência da vertiginosa expansão numérica das equipes, da crescente legitimação institucional da estratégia no âmbito do SUS e do fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira.

Avaliando a implementação da estratégia, o órgão supracitado considera que sua adoção tem trazido importantes avanços para a saúde pública do país:

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde⁴ das populações assistidas pelas equipes Saúde da Família (BRASIL, 2007, p. 1).

4 Vale aqui destacar quais os resultados positivos obtidos através da estratégia: a redução da Taxa de Mortalidade Infantil; a ampliação da cobertura vacinal; a queda na taxa de internações, por exemplo, por acidente vascular cerebral na população com idade igual e acima de 40 anos; a diminuição da taxa de internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva na mesma faixa etária, expressando os resultados positivos adotados no controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde afirma ainda que “o Modelo de Atenção à Saúde do Brasil é referência internacional” (BRASIL, 2007). Demonstra também que a estratégia está consolidada nos municípios brasileiros, sendo que, atualmente, a Atenção Básica é pauta política de gestores públicos. Por fim, sinaliza o aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido, como resultado das mudanças nas práticas das equipes de saúde.

Apesar dos avanços obtidos com sua implementação, a SF vem sendo alvo de severas críticas, cujo foco é o questionamento da contribuição efetiva da estratégia para a conversão do modelo assistencial. Vejamos.

Uma das críticas que se realiza à SF, desde o início de sua implantação no país, é a identificação de suas proposições com exigências das agências multilaterais, como o FMI e o Banco Mundial – que, de acordo com Franco e Merhy (2007), tem funcionado como um verdadeiro “ministério da saúde” dos países periféricos – em suas recomendações de contenção de gastos públicos.

Segundo tais autores, seguir a agenda do Banco Mundial implica desconsiderar a saúde como um direito social, de responsabilidade do Estado, o que caminha em direção contrária ao SUS tal como formulado na Constituição Federal de 1988, por ferir a idéia de universalidade de acesso, já que, ao assumir o discurso da “equidade”, acaba por assumir um caráter focalista e seletivo. Assim, por não expandir o serviço a toda a população, restringe o atendimento às camadas mais pobres da sociedade, instaurando uma “*cesta básica*” para o setor, como é chamado pejorativamente o pacote básico de ações proposto pelo Banco Mundial.

Nesse sentido, a SF assumiria um papel racionalizador de gastos, ao possibilitar a diminuição do fluxo do atendimento nos níveis de média e alta complexidade, que, diante da priorização dos recursos na atenção básica, acabam ficando secundarizados, abrindo mais

espaço para a iniciativa privada e dificultando a integralidade da atenção, como sinaliza Borges (1997).

Diversas outras críticas são direcionadas à estratégia, como a forma de contratação de profissionais; o grande número de famílias sob responsabilidade de cada equipe, que sobrecarregaria os(as) profissionais de demanda por atendimento clínico, comprometendo a priorização da vigilância da saúde; as fragilidades na formação acadêmica, que ainda não estaria em consonância com o novo paradigma sanitário; a disparidade de salários entre os(as) profissionais, que privilegia o médico em detrimento das demais profissões da saúde, entre outras.

Tendo tais considerações como horizonte, voltar-nos-emos para a realidade das configurações da estratégia no município de Campina Grande/PB.

Saúde da Família em questão: a experiência de Campina Grande/PB

Este artigo – que resulta de pesquisas desenvolvidas através do Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Estadual da Paraíba, cotas 2006/20007 e 2007/2008 – visa analisar como os(as) profissionais da Saúde da Família de Campina Grande/PB avaliam sua implementação no município, procurando também verificar se a prática sanitária da vigilância da saúde vem sendo efetivada no cotidiano do trabalho das equipes; conhecer os impactos da SF nas comunidades atendidas; identificar os desafios para a sua implementação.

Desse modo, pautado numa abordagem qualitativa, este estudo utilizou-se, para coleta de dados, da pesquisa documental e da entrevista semi-estruturada (gravada). A pesquisa de campo foi dividida em duas fases: a primeira teve como sujeitos os(as) profissionais de

nível superior⁵ que atuam na SF de Campina Grande; e a segunda priorizou os(as) agentes comunitários de saúde⁶. Para a análise dos dados, lançou-se mão da análise de conteúdo.

É importante esclarecer que, para uma compreensão mais ampla das falas dos sujeitos de nosso estudo, é imprescindível situar, ao menos em traços gerais, a trajetória da estratégia no município, tarefa que empreenderemos neste momento.

(Des)caminhos da Saúde da Família em Campina Grande

Em Campina Grande, a estratégia foi adotada em 1994, constituindo uma das experiências pioneiras em nível nacional.

Naquele momento, foram implantadas 5 equipes⁷, em bairros com os indicadores sócio-sanitários mais aviltantes. O trabalho das mesmas trouxe consideráveis avanços nos indicadores de saúde, especialmente quanto à redução da mortalidade infantil.

Houve, já nessa primeira fase, a preocupação com a questão do acesso da população aos direitos sociais, bem como do incentivo ao controle social (através da formação de Conselhos Comunitários

5 Cuja amostra abrangeu 23 profissionais de nível superior (das áreas de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Serviço Social) de uma equipe básica completa por cada um dos 6 Distritos Sanitários do município de Campina Grande/PB.

6 A amostra incluiu 15 ACS de quatro equipes do município. Nessa fase, foi também aplicado um questionário junto a 64 ACS. Entretanto, em virtude dos limites deste artigo, os resultados apresentados serão apenas referentes à entrevista semi-estruturada.

7 É importante evidenciar que os(as) profissionais, nos momentos iniciais de implantação da estratégia, tinham um perfil de militância na defesa do SUS.

de Saúde). A partir daí, foi demandada a incorporação de assistentes sociais⁸ às equipes.

Em 1997, em virtude do não reconhecimento da importância da SF quando da mudança da gestão municipal, bem como no sentido de defesa da estratégia, os(as) profissionais se organizaram em torno da criação, da Associação dos Profissionais de Saúde da Família (APSF)⁹ como instrumento legal de lutas e defesa da proposta da SF.

O desempenho dos(as) profissionais da SF do município em tela refletiu na obtenção de prêmios¹⁰ em importantes eventos a nível nacional, que deram visibilidade à importância da estratégia para a população.

Apesar de tímida, a primeira expansão da estratégia se deu entre os anos de 1998 e 2002, com 7 equipes. Em 2003, houve a inserção de mais 18 equipes, visando abranger toda a zona rural (embora aqui ainda de maneira um tanto precária). No mesmo ano também ocorreu a inclusão de profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário), sob orientação do Ministério da Saúde, bem como, por opção política local – mesmo sem incentivo financeiro do MS –, a inserção do(a) assistente social na equipe básica, sendo que tanto este profissional quanto os de saúde bucal foram distribuídos cada um para duas equipes.

8 Essas profissionais, que eram do quadro de funcionários da prefeitura, passaram a compor as equipes em 1995 e apenas em 2003 houve a oficialização de sua inserção nas equipes básicas, como mostraremos adiante.

9 A APSF assume um grande protagonismo na defesa da estratégia, chegando a conduzir dois processos de greve da categoria: uma em 2002 e outra em 2004.

10 Como o da Fundação Getúlio Vargas, em 1998, e o Prêmio Saúde Brasil da I Mostra Nacional de Produção da Saúde da Família.

Outro avanço de extrema relevância à análise da SF do município em tela refere-se à criação da Rede de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família¹¹, em 2003.

Em 2005, com a nova mudança da gestão municipal, ocorrem redefinições nas conotações da estratégia. Uma delas são as modificações no papel da Rede, que perdeu a cultura avaliativa, esgarçou seu caráter político e de vanguarda e de defesa do SUS e cedeu lugar à responsabilização burocrática por cada Distrito Sanitário.

Neste (des)caminho de mudanças, entre fins de 2005 e início de 2006, ocorre a decisão verticalizada da gestão do município de assinar um Termo de Ajustamento de Conduta com o Ministério Público do Trabalho, com discurso de “regularizar” o vínculo dos profissionais, através da realização de concurso público. A categoria, representada pela APSF, questiona a arbitrariedade de tal processo, já que, na realidade nacional, isso vem se dando com participação dos trabalhadores, através da criação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, bem como da instalação dos Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS.

Nesse cenário, há também ameaças à permanência do serviço social nas equipes básicas e apenas após mobilizações da APSF e dos Conselhos Locais de Saúde é que se conquista a inserção da categoria nos cargos do primeiro concurso público para a SF local, ocorrido em 2006.

Nesse contexto, como os(as) profissionais da SF passaram a ser servidores(as) municipais e, portanto, inseridos(as) no sindicato da categoria, a APSF (que vinha sofrendo tensionamentos internos) se dissolve.

11 Esta, composta por uma gerente de cada um dos 6 Distritos Sanitários e a Coordenação da SF, tinha “atribuições específicas, entre elas assessorar, qualificar as equipes e também articular, politicamente, as ações do Programa dentro da Secretaria Municipal da Saúde” (RAMOS et al, 2004, p. 70).

Vale destacar que, diferentemente de todas as inserções de profissionais nas equipes anteriores, dessa vez não se tem nenhuma preocupação com a sensibilização/formação dos(as) mesmos(as), que ingressam no trabalho sem realizarem ao menos o Curso Introdutório.

Em relação ao serviço social, há redefinições em sua inserção nas equipes: menos da meta dos(as) profissionais aprovados foram convocados e assumem entre 4 e 8 equipes, sendo que diversas dessas ficam descobertas de assistente social.

Cumpra-se destacar que, entre 2005 e 2008, acontece a construção/reforma de diversas unidades de saúde, bem como ocorre uma considerável ampliação do número de equipes da SF, passando de 51 para as atuais 88.

São esses os (des)caminhos da estratégia no município em tela. Passemos agora a situar as considerações dos(as) profissionais acerca da SF.

Prevenção e promoção da saúde no cotidiano das equipes da SF

Ao longo de nosso estudo buscamos analisar a SF em Campina Grande priorizando os eixos que consideramos ser importantes para o processo da modificação do modelo assistencial, atendo-nos aos pilares da vigilância da saúde: a prevenção e a promoção.

Num primeiro momento, buscamos identificar *se e como* a prevenção é tratada no cotidiano de trabalho das equipes. Nas entrevistas, parte considerável dos(as) profissionais sinalizou perceber a prevenção como intervenções que procuram antecipar-se aos eventos (Mendes, 1996) e que estaria diretamente relacionada aos “indicadores” de saúde. Nesse sentido, afirmaram que tais atividades vêm sendo desenvolvidas e se voltam prioritariamente para consultas clínicas com grupos prioritários direcionados pelo Ministério

da Saúde, como gestantes, diabéticos e hipertensos, crianças; imunização; busca-ativa de usuários(as) dos grupos acima descritos; e orientação a indivíduos com possibilidade de adoecimento.

Outros(as) profissionais percebem a prevenção relacionada aos indicadores, mas também à questão da educação em saúde, realizada especialmente nas atividades coletivas desenvolvidas com grupos. Quando se referiam a essa concepção de prevenção, as respostas apontaram que algumas equipes vêm “*tentando*” realizá-la: este termo aparece na maioria das entrevistas, indicando o caráter processual deste tipo de atividade, ao mesmo tempo em que sinaliza as dificuldades e limitações de empreendê-la no cotidiano das unidades básicas de Saúde da Família.

Nas falas, uma série de elementos aparecem como implicados nesse processo, desde as debilidades na formação profissional, à falta de estrutura física, a escassez de recursos, à grande quantidade de famílias sob responsabilidade de cada equipe, à própria cultura da população, ainda voltada para uma lógica médico-centrada, entre outros.

É importante destacar que tanto no que se refere à prevenção quanto a diversos outros elementos da Saúde da Família de Campina Grande, de acordo com os(as) entrevistados(as), é possível falar de um *antes* e um *depois* na SF municipal: colocam como marco decisivo as reviravoltas ocorridas na estratégia a partir de 2006, conforme mencionamos anteriormente.

Sendo assim, diversos(as) entrevistados(as) indicaram que, nos últimos anos, as atividades coletivas de educação em saúde não vem recebendo investimento das equipes. Uma das ACS disse que, diante das mudanças sofridas pela estratégia no município, expressa na ausência de tal investimento, atualmente, “**nós não temos PSF**” (ENTREVISTADA ACS 10).

Um outro eixo do novo modelo assistencial é a promoção da saúde, entendida como prática mais ampla do que a prevenção, uma

vez que implica em ações que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (LEAVELL; CLARCK, 1976 apud CZERESNIA, 2003, p. 45). Agrupamos tais práticas em dois grandes pilares: a *intersetorialidade* e o *controle social*.

Quanto ao primeiro, vale ponderar que é muito importante no sentido da promoção da saúde, porque os serviços de saúde não podem trabalhar sozinhos no enfrentamento dos condicionantes/determinantes da saúde. Assim, é fundamental o envolvimento de outros setores e sujeitos para promover qualidade de vida e alcançar políticas públicas saudáveis.

Foi justamente essa compreensão que a maioria dos(as) profissionais expressou. No entanto, revelaram que “antes” havia a busca de construção de articulações intersetoriais (especialmente através dos Conselhos Comunitários de Saúde), o que adquiriu tonalidades diferenciadas nos últimos anos: muitas equipes, após a convocação do concurso (há quase um ano, na época da realização da coleta de dados), ainda não “acordaram” para essa necessidade e não vêm desenvolvendo tais ações de forma sistemática.

Assim, os passos no sentido de avançar neste processo são extremamente tímidos e se circunscrevem, na maioria das vezes, a articulações pontuais com as entidades locais, especialmente as escolas, e, episodicamente, a encaminhamentos para outras Secretarias.

Cumprе destacar que, de acordo com alguns(as) entrevistados(as), tal cenário tinge-se de cores ainda mais sombrias diante da nova configuração da inserção do serviço social nas equipes, profissionais que anteriormente contribuíam muito nesse processo.

Quanto ao segundo eixo, o controle social, cabe pontuar que, na experiência de implementação do SF no município de Campina Grande/PB, historicamente,, as equipes básicas de Saúde da Família vinham estimulando a criação de Conselhos Comunitários

de Saúde¹² (CCS) nas diversas localidades onde atuam, visando à concretização do princípio do controle social em nível local¹³.

Pelo que indicaram os depoimentos, embora a maioria dos(as) entrevistados(as) apregoe a necessidade e importância destas entidades, a existência desses Conselhos não estão sendo estimulados pelas equipes (na maioria eles existem, mas não estão funcionando) e os poucos atuantes são atravessados por uma série de desafios, conforme também vem demonstrando estudos realizados sobre a temática (SILVEIRA; SILVA; VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006; LACERDA, 2005).

Nesse sentido, alguns depoimentos indicaram como elementos problemáticos o pouco compromisso dos(as) profissionais com a participação popular, por estarem ainda influenciados(as) pelo paradigma flexneriano; a frágil participação da própria comunidade; os embates recentes com a gestão municipal de saúde em virtude da (in)compreensão quanto ao controle social; a situação do(a) profissional de serviço social, que vinha desenvolvendo grande protagonismo no que se refere ao incentivo à mobilização e organização popular.

12 Esses conselhos agregam profissionais do SF, lideranças comunitárias, moradores dos bairros, representantes das instituições locais e servem de espaço para discussões de questões relacionadas à saúde (SILVEIRA; SILVA; VASCONCELOS, 2005).

13 Além de propiciar o controle social em nível local, os Conselhos foram apontados como importantes para a obtenção de melhorias para os bairros onde as equipes estão situados. Nesse sentido, chama a atenção o fato de que, em algumas entrevistas, uma das maiores conquistas dos CCS foi a urbanização de um bairro. Isso, na verdade, chama a atenção para o fato de que houve uma fase na história da SF de Campina Grande em que a saúde de fato foi tratada em sua concepção mais ampla e houve esforços dos(as) profissionais em trabalharem efetivamente a promoção da saúde.

Avanços e desafios para a SF no município

No que diz respeito aos avanços obtidos com a SF, os sujeitos entrevistados referiram-se, principalmente, à ampliação do acesso aos serviços de saúde; à diminuição dos índices de morbi-mortalidade; à diminuição das hospitalizações; mas também à humanização, à construção do vínculo, à melhoria da qualidade do atendimento, às experiências de controle social e intersetorialidade (embora estas últimas sejam ainda embrionárias), à inserção do(a) assistente social e da equipe de saúde bucal nas equipes; à questão do acesso à informação sobre os direitos de cidadania e sobre os cuidados necessários à saúde; à contribuição para a organização popular.

Quanto ao significado da estratégia para a reorganização do SUS, os dados indicam que há fragilidades nesse processo e inúmeros são as dificuldades. O grande gargalo da SF, de acordo com nossos sujeitos, é a falta de investimento nos demais níveis da atenção, que acaba por comprometer a continuidade da atenção e a integralidade: de acordo com análises de parcela significativa de profissionais participantes do nosso estudo, se desde a implantação da estratégia já haviam problemas relacionados ao sistema de referência e contra-referência¹⁴, hoje a problemática se reforça pelo fato de, segundo os depoimentos, estar havendo um descompasso entre a ampliação de equipes de SF e a não expansão do número de serviços e profissionais especializados. Assim, o princípio da integralidade é comprometido, refletindo na morosidade do tratamento, na dificuldade de marcação de exames e consultas, enfim, na baixa resolutividade dos problemas de saúde dos(as) usuários(as).

14 No entanto, vale considerar que este problema não é apenas local, mas também foi percebido em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002); contudo, superar tal realidade é *também* uma decisão da gestão local.

A precariedade na estrutura física de algumas Unidades Básicas de Saúde da Família, a escassez de insumos e medicamentos, a ausência de intersetorialidade e a (frágil) situação do serviço social nas equipes também foram aspectos considerados como dificuldade para o trabalho das equipes.

Concluindo esse item, destacamos aqui um depoimento que, em nossa opinião, apresenta uma análise extremamente lúcida em relação à SF:

*A gente faz aqui o que um posto de saúde deveria fazer. Não precisava nem ser Saúde da Família. [...] É, um posto de saúde maquiado: [...] você fazer cobertura de vacina, fazer cobertura de pré-natal, diminuir a mortalidade, é para qualquer posto de saúde fazer. Atualmente **eu não acho que a gente vai além disso não, entendeu?** Então assim, **atende bem o básico**. [...] Você faz a cobertura do pré-natal, a cobertura de 100% de pré-natal; garante a cobertura de 100% de vacinação. Agora é a coisa mais óbvia. Eu acho que é a coisa mais óbvia que a atenção básica pode fazer. [...]. **Melhores indicadores de saúde** [que a SF traz], [...] **num país em desenvolvimento, é um avanço**. Chegar perto da população é um avanço, ou pelo menos estar nas comunidades é um avanço, que antes não tinha nada disso. [...] Mas **se restringe a isso**, e aí, partindo disso, partindo de dizer assim “Ah, o Saúde da Família contribuiu para mudar as condições sócio-econômicas?” Não. “O Saúde da Família contribuiu para mudar saneamento?” Mas de avançar mais do que os indicadores, do que os órgãos vigilantes, ele não foi muito além não. (ENTREVISTADA 22).*

Diante do exposto, percebemos as fragilidades das configurações da estratégia no âmbito local. Assim, em lugar de efetivamente contribuir para a reversão do modelo assistencial, a estratégia SF

parece estar se configurando como um “programa assistencial tapa-buraco”, como assinala Oliveira (1999), já que parece assumir feições de “cesta básica de saúde” ou nem mesmo isso, diante do insuficiente investimento na qualificação da SF municipal.

É importante mencionar que este problema não é apenas local, mas também foi percebido em pesquisa realizada em nível nacional pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Senna (2002, p. 204) chega a afirmar que o SF tem “logrado resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promover mudanças significativas no modelo assistencial”.

Considerações finais

Os resultados de nosso estudo indicam que, na avaliação dos(as) profissionais, a SF vem trazendo importantes impactos para as comunidades atendidas, concretizando alguns princípios apregoados pelo SUS/SF.

Entretanto, embora a principal justificativa para a adoção da estratégia seja a reorganização do SUS, os sujeitos evidenciam que o que se percebe é a ampliação do acesso da população apenas à atenção básica: os demais níveis continuam deficitários e a continuidade da atenção é comprometida; a intersetorialidade é algo ainda muito frágil no município; ocorre escassez e inadequação de insumos, aviltamento das condições de trabalho, precariedade no abastecimento de medicação.

Percebe-se, desse modo, que a simples **ampliação** da quantidade de equipes não garante a qualidade no acesso, muito menos a transformação da organização dos serviços sob a perspectiva do paradigma da produção social da saúde.

Desse modo, na avaliação da maioria dos(as) profissionais, a SF de Campina Grande, na atual conjuntura, em lugar de avançar

no sentido de reversão do modelo, está retrocedendo em termos das características históricas que tinha no município, sendo ainda maiores, portanto, os desafios e dificuldades que se insinuam no cotidiano das equipes.

Movimentos de resistência a esse retrocesso parecem se esboçar em algumas equipes, que, a despeito das adversidades, prosseguem *tentando* investir na adoção da vigilância da saúde no cotidiano dos serviços, mas tais processos parecem estar circunscritos a poucas equipes, não dando a tônica da estratégia local.

A indagação que fica latente é se os(as) profissionais, aliados(as) à população, assistirão à derrocada da estratégia sem esboçar movimentos mais firmes de resistência ao processo; ou se conseguirão se reorganizar e barrar esse processo de ataque da “alma” da Saúde da Família e do próprio SUS.

Enfim, cumpre destacar que a inversão do modelo de atenção à saúde é um processo lento e sinuoso, configurando-se como verdadeiro palco de embates envolvendo os(as) usuários(as), os(as) profissionais e a gestão, sem desconsiderar, contudo, o contexto macroestrutural.

Referências

BORGES, C. C. Sentido da saúde/doença produzida em grupo numa comunidade alvo do PSF. In: SANTANA, J. P. (Org). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do SUS**. Brasília: OPAS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>> Acesso em: 10/02/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional registra a evolução da Saúde da Família e sua relação com indicadores de saúde. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, ano.VII, n. 32, nov./dez. 2005.

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

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Orgs). **Capacitação para conselheiros de saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: DEPEXT/NAPE, 2001.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 3. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-54.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico-assistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

GUIMARÃES, E. D. **A estratégia saúde da família em Campina Grande**: origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

LACERDA, W. A. **A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande-PB**: a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais. 2005. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Sociedade). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005.

MEDINA, M. G, AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. **Sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: CORTEZ, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MIOTO, R. C. T.; ROSA, F. N. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional**: um estudo sobre o serviço social na estratégia saúde da família. 2007. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.

OLIVEIRA, E. M. **PSF**: um programa social compensatório “tampa buraco”. São Paulo, 1999 (mimeo).

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>> Acesso em 15 jul. 2009.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 587-603.

RAMOS, B. F. **Sistema de referência e contra-referência em Campina Grande:** o comprometimento da continuidade da atenção à saúde. 2004. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

SENNA, M. C. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, n. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

SILVA, K. M. P. **A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande.** 2006. Relatório Final (PIBIC). Departamento de Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2006.

SILVEIRA, S. A. S.; SILVA, M. J. M.; VASCONCELOS, K. E. L. **Conselhos comunitários de saúde:** espaços de ampliação da democracia participativa? Campina Grande, 2005. Mimeografado.