

MODELOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Samuel do Carmo Lima
Universidade Federal de Uberlândia
samuel@ufu.br

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família é uma tentativa de ruptura com o modelo de atenção que põe foco apenas sobre o corpo biológico e na doença para considerar o “*indivíduo, o núcleo familiar e o território, ambientes da vida*”. Saúde da família não significa exatamente saúde dos membros da família, individualmente. A municipalização da saúde, com a criação do SUS fortaleceu o uso do território como estratégia em saúde. O Objetivo deste trabalho foi discutir o uso do território nas ações de saúde e identificar a compreensão que têm os profissionais e usuários do SUS sobre o processo de territorialização da saúde. A metodologia da pesquisa envolveu observação direta do trabalho dos agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares e entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde e com usuários, em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), em Uberlândia. O objetivo era identificar no processo de trabalho a utilização do conceito de territorialização da saúde e a realização de práticas de saúde relacionadas à vigilância, prevenção e promoção da saúde, para além da clínica médica. Identificamos que a hegemonia do modelo biomédico ainda se impõe. Foram entrevistados agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e usuários do serviço de saúde.

Palavras chaves: Territorialização da saúde, Estratégia Saúde da Família, Prevenção e promoção da saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is an attempt to break with the model of care that puts focus only on the biological body and disease to consider the "individual, the household and the territory, living environments. Family Health does not exactly mean health of family members, individually. The municipalization of health, with the creation of SUS strengthened land use as a strategy for health. The objective of this study was to discuss the use of the territory in health care and identify the understanding that they have the professional and SUS users about the process of territorialization of health. The research methodology involved direct observation of the work of health community workers on home visits and semi-structured interviews with health professionals and users in a Family Health Basic Unit (UBSF) in Uberlândia. The objective was to identify the working process, the use of the concept of territorial health and conducting health practices related to surveillance, prevention and health promotion, in addition to the medical clinic. Identified that the hegemony of the biomedical model still imposes. Health community workers, doctors, nurses, social workers and users of the health service were interviewed.

Keys words: Territorialization, Family health strategy, prevention and health promotion.

INTRODUÇÃO

A saúde tem sido definida como um conceito positivo, que equivale a bem-estar e depende não só da capacidade física dos indivíduos mas se relaciona fortemente as condições sociais e econômicas dos indivíduos e populações no lugar em que vivem.

Para os indivíduos os problemas de saúde são as doenças e os profissionais, incluindo-se os agentes comunitários de saúde (ACS) se dedicam a identificar as demandas e encaminhar o seu atendimento, com consultas médicas, exames clínicos e de imagens, além de internações hospitalares, quando é o caso. Mas, seria somente isso o trabalho dos profissionais da saúde, cuidar dos doentes? Pelo menos a atenção básica, considerada o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, deve ser voltada não somente para o tratamento da doença e a reabilitação, mas também para prevenção e promoção da saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada para reorientar o modelo de saúde da Atenção Básica curativo, hospitalocêntrico e centrado no médico e na atenção individual para uma atenção voltada, prioritariamente, para fazer também a prevenção de doença e a promoção da saúde (BRASIL 1998, ROSA e LABATE 2005).

O objetivo deste trabalho é discutir a reorganização das práticas e ações de saúde e do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde da Família, para que não realizar nas visitas domiciliares meramente a identificação de demandas de marcação de consultas e outros procedimentos médicos, mas que seja capaz de compreender as necessidades de saúde da população relacionadas aos determinantes sociais para realizar vigilância, prevenção e promoção da saúde.

RISCO, VULNERABILIDADE SOCIAL E SAÚDE

Os conceitos de Risco e vulnerabilidade social, muito usados nas ações de vigilância e políticas de assistência social e de saúde, são frequentemente confundidos ou tomados como coisas semelhantes. Ainda que haja uma certa proximidade entre os conceitos de risco e vulnerabilidade, não são sinônimos. Por que há muita confusão no uso desses termos, é necessário distingui-los.

GODIM (2007) reconhece a polissemia do termo que tem muitos significados, e ainda que o seu entendimento varia ao longo do tempo, assumindo diversos significados. Diz que o risco está associado a um evento futuro, que pode ser bom ou ruim, produzindo efeitos positivos ou negativos, ainda que de modo geral se associa o risco a um evento negativo que possa ocorrer.

A ideia do risco é datada e demarca o início da modernidade. Tem a ver com a possibilidade de controlar o futuro. Na idade média, o futuro era um capricho dos deuses que somente poderia ser desvendado pelos oráculos e adivinhos. O destino nos imponha o infortúnio, sem que fosse possível programar o futuro. Os perigos que haviam eram tomados como fatalidade. Quando se descobre que é possível não permanecer passível, esperando que aconteça o que temíamos, o perigo torna-se risco, quando se passa a explicar os fatores que poderiam concretizar o perigo e a probabilidade de que o mesmo venha a ocorrer (BERNSTEIN, 1997; GODIM, 2007).

BERNSTEIN (1997) diz como a noção moderna de risco também foi o resultado dos avanços da matemática. Conta que um nobre francês chamado de o cavaleiro de Méré apresentou um enigma a Blaise Pascal: como dividir ente dois jogadores as apostas de um jogo de azar interrompido, quando um deles estava vencendo. O enigma foi resolvido por Pascal com a ajuda de Pierre de Fermat e constitui-se na base matemática do conceito de risco.

Diante do risco, pode-se ter uma atitude de medo ou de ousadia, de precaução ou de irresponsabilidade. Uma das maiores preocupações das pessoas nas sociedades contemporâneas é

com o risco. Faz parte do cotidiano dos indivíduos e das instituições a atitude de avaliar os riscos, o que os leva a administrar e a tomar decisões que possam eliminar ou minimizar o risco, para que o infortúnio não ocorra.

A percepção do risco na sociedade moderna, segundo Ulrich Beck é percebida de maneira exacerbada, uma vez que sempre estamos diante de riscos sociais, políticos, econômicos; individuais e coletivos, e sobretudo risco globais, como as mudanças climáticas, os desastres ecológicos, as ameaças de terrorismo internacional, para os quais não há certeza de que podemos fazer alguma coisa (BECK 1997).

Ulrich Beck, em uma entrevista ao Blog Amai-vos, disse que

Sociedade de risco significa que vivemos em um mundo fora de controle. Não há nada certo além da incerteza. Mas vamos aos detalhes. O termo “risco” tem dois sentidos radicalmente diferentes. Aplica-se, em primeiro lugar, a um mundo governado inteiramente pelas leis da probabilidade, onde tudo é mensurável e calculável. Esta palavra também é comumente usada para referir-se a incertezas não quantificáveis, a “riscos que não podem ser mensurados”. Quando falo de “sociedade de risco”, é nesse último sentido de incertezas fabricadas. Essas “verdadeiras” incertezas, reforçadas por rápidas inovações tecnológicas e respostas sociais aceleradas, estão criando uma nova paisagem de risco global. Em todas essas novas tecnologias incertas de risco, estamos separados da possibilidade e dos resultados por um oceano de ignorância (BECK 2008).

Um dos fundamentos atuais da epidemiologia é a noção de risco. Busca-se reconhecer situações nas quais indivíduos e populações estão expostas aos fatores de risco, identificando os agentes causais e utilizando métodos estatísticos para calcular a probabilidade de concretização da ameaça, para que se possa intervir.

A avaliação de riscos em saúde possibilita conhecer a probabilidade futura de ocorrer um evento desfavorável para os indivíduos e para a população, o que permite a adoção de medidas preventivas que impeçam ou atenuem a ocorrência do evento.

O risco normalmente é identificado como uma ameaça ou um evento que possa nos afetar. Em verdade o risco é apenas a probabilidade de que algo venha ocorrer, a ameaça ou evento é uma situação que expõe o indivíduo ou a população ao risco.

Pode-se distinguir ameaça à saúde de risco à saúde, dizendo que ameaça pode ser um objeto ou um conjunto de situações que podem trazer dano potencial à saúde, enquanto que risco é a probabilidade de que ocorra o dano ou a ameaça. Diríamos, então que a ameaça à saúde é uma situação que expõe os indivíduos e a população ao risco e a esta situação chamamos de vulnerabilidade (GODIM, 2007).

No início dos anos de 1990, o debate sobre a pobreza estava reduzido meramente a questões econômicas, voltados a identificação dos indivíduos e grupos desfavorecidos da sociedade, utilizando indicadores de acesso ou de carências de satisfação das necessidades básicas, sem considerar a situação em que esses indivíduos estavam submetidos. Foi aí que os estudos sobre vulnerabilidade apareceram, tentando entender o contexto e os processos determinantes da pobreza, para instrumentalizar mecanismos de redução das desigualdades sociais e territoriais.

O risco põe foco no indivíduo e a vulnerabilidade social contempla mais a dimensão social, cultural e econômica do grupo social e do lugar onde vive. O risco é uma possibilidade (probabilística) e a vulnerabilidade é uma condição e uma situação. Nesta altura, precisamos distinguir vulnerabilidade individual de vulnerabilidade social.

“...vulnerabilidade social não é uma essência ou algo inerente a algumas

pessoas e grupos, mas diz respeito a determinadas condições e circunstâncias, que podem ser minimizadas ou revertidas” (PAULILO e JELOÁS 2000, p. 1).

Não seria necessário a substituição do conceito de risco pelo conceito de vulnerabilidade, nem a substituição da abordagem individual pela coletiva, mas somar uma a outra. Não é para deixar de cuidar dos doentes, mas ao mesmo tempo, deve-se realizar ações de prevenção e promoção da saúde, com abordagens coletivas.

O trabalho de Freire et al. (2014) que estudou as populações afetadas pelas inundações ocorridas em 2010 no Estado de Alagoas é um bom exemplo desta possibilidade, de considerar ao mesmo tempo o risco e a vulnerabilidade social. Neste episódio, aproximadamente 270 mil pessoas foram afetadas, das quais 44 mil ficaram desalojadas e 28 mil desabrigadas. Foram registrados 36 óbitos, 1.393 enfermos e 1.131 feridos (FREIRE et al. 2014).

Os autores entendem que as inundações são desastres que resultam da combinação de evento natural (chuva) intenso sobre um ecossistema frágil (condições ambientais de topografia, cobertura vegetal e clima) e situações de vulnerabilidade social de uma população que vive em aglomerados subnormais. A conclusão óbvia é que o risco é sempre maior em condições de vulnerabilidade. Nestes casos, a prevenção se dá por abordagem coletiva, de redução da vulnerabilidade social e melhoria das condições sociais da população, que em certo sentido equivale a estratégia promoção da saúde, que significar mudar o contexto da vida para reduzir os riscos e as vulnerabilidades.

MINAYO (2002) compreende o processo saúde-doença como um processo coletivo e, por isso defende a necessidade de se recuperar o conceito de lugar para análise e intervenção sobre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais. O lugar é a dimensão do espaço que se refere às relações dos sujeitos com o seu território de vida, marcado por uma construção histórica, ao mesmo tempo individual e social. Numa abordagem social da saúde se estabelece um interesse muito especial sobre a população e não sobre o indivíduo. O foco é posto na saúde e não na doença. Não busca as causas das doenças, mas o contexto que determina o processo saúde-doença (Figura 1).

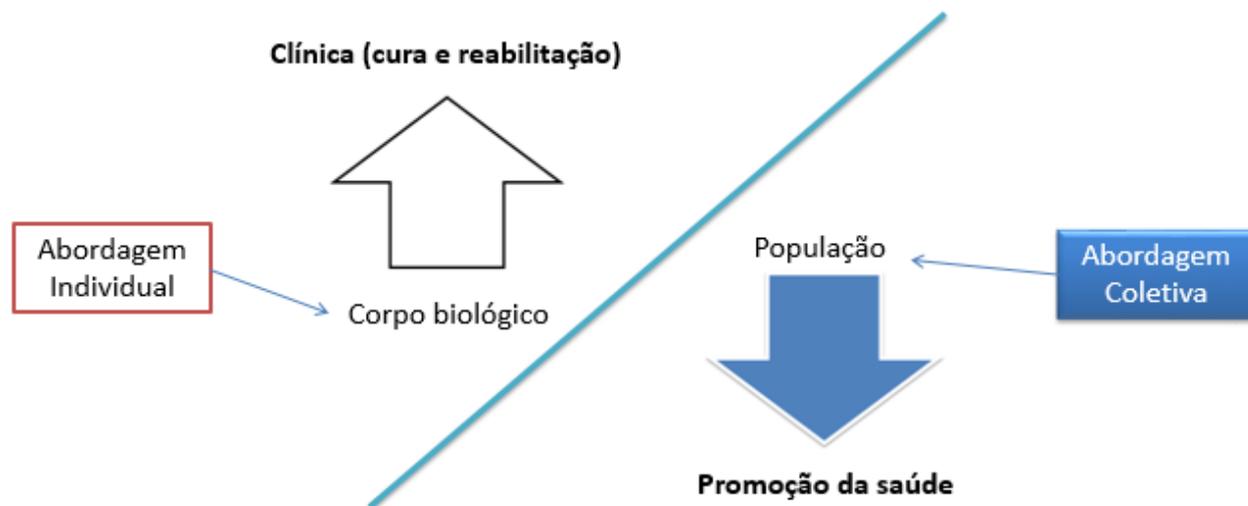


Figura 1 – Abordagens de saúde individual e coletiva

A TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Territorializar pode significar colocar algo no território, por exemplo a saúde. Considerar a saúde no território é perceber as relações territoriais que perpassam a saúde. O território é mais que distâncias, extensões, formas, tamanhos e limites, como percebido pelo

sistema de saúde. O território não apenas é uma extensão geográfica, um espaço geométrico, como também não é meramente o palco das ações. É o contexto no qual a vida acontece.

A Territorialização da saúde é preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como pressuposto para a organização das práticas e ações de saúde da Estratégia Saúde da Família - ESF, da Vigilância em Saúde, por exemplo. Mas, a sua operacionalização se restringido a uma definição de território que equivale a uma área delimitada, meramente para definições administrativas e para adscrição de uma população a uma unidade de atenção à saúde. Territorialização da saúde significa desenvolver vínculos entre os serviços de saúde e a população, permitindo a aproximação dos profissionais aos sujeitos e seus problemas e necessidades (MONKEN e BARCELLOS 2005).

BARCELLOS et al. (2002) dizem que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar que representa um contexto de condições objetivas e subjetivas da vida que influencia de forma direta ou indireta as pessoas. Por isso, o sistema de saúde deve tratar a doença dos indivíduos e, ao mesmo tempo, deve trabalhar para modificar as situações de saúde que sejam desfavoráveis.

Este contexto representa os determinantes sociais da saúde. A preocupação é com as condições de saúde da população, a partir dos determinantes sociais da saúde, que estão relacionados às condições de vida: o emprego, a habitação, o saneamento ambiental, os vínculos familiares e comunitários, o acesso aos serviços públicos de saúde, educação, transporte, cultura, lazer (Figura 2).



Fonte: BUSS e PELLEGRINE FILHO (2007), adaptado de DAHLGREN e WHITEHEAD (1991).

Figura 02 - Modelo de Determinação social da saúde

Os contextos locais podem influenciar comportamentos individuais que afetam a saúde. Produzir mudanças no lugar para construir territórios saudáveis é uma estratégia importante para a promoção da saúde (KASL e HARBURG 1975, CHEADLE et. al 1992, DIEHR et al. 1993, NOGUEIRA 2008, SILVA 2009).

SANTOS (2008) discute a importância do contexto social e da moradia, assim como as características do ambiente e dos lugares, que desempenham papel importante para os processos

de adoecimento e morte. A influência dos contextos ambientais na saúde varia de lugar para lugar, não somente pela posição social, econômica e cultural do indivíduo e das populações, mas também, pelas condições físico-biológicas e climáticas e dos arranjos sociais dos lugares.

A frase “onde você mora é importante para sua saúde, para além de quem você é” (KAWACHI; BERKMAN, 2003), citado por Proietti et al. (2008) significa que o lugar onde você mora tem papel mais importante para sua saúde que a biologia do seu corpo. Conhecer o lugar e o território é conhecer o contexto da vida cotidiana das pessoas, nos quais esses problemas e necessariamente ocorrem.

A situação de saúde dos indivíduos e populações é determinada pelo modo de vida, ou seja, pelas *condições de vida* que representam aspectos socioeconômicos e condições materiais da existência e pelo *estilo de vida*, que representa aspectos comportamentais relacionados aos hábitos e as normas sociais (Figura 03).

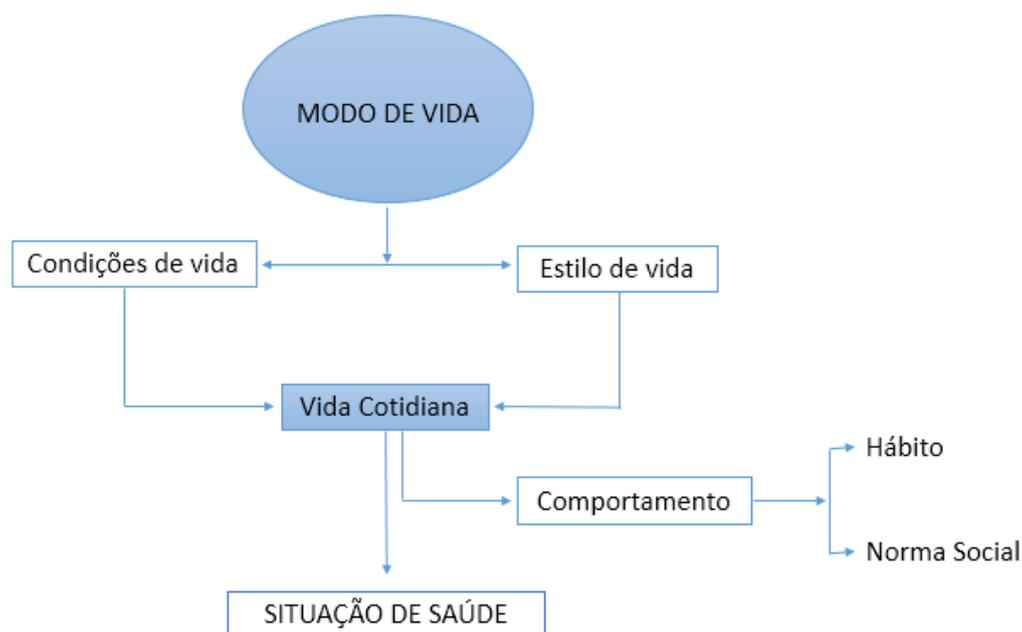


Figura 03 - Modo de vida que determina situação de saúde, expressão da vida cotidiana

Em um *diagnóstico* de situação de saúde deve-se reconhecer o território e o contexto da vida cotidiana dos indivíduos e das populações, nos quais esses problemas e necessidades ocorrem. Também, é conhecer os significados e a importância que os sujeitos atribuem à sua situação de saúde, seus problemas e necessidades, o que implica, necessariamente, em ouvi-los.

A abordagem social da saúde considera o território e utiliza o diagnóstico de situação de saúde para identificar os determinantes sociais que afetam a qualidade de vida no lugar e, por conseguinte, a saúde para estabelecer ações e práticas de saúde consequentes, que sejam capazes de oferecer respostas aos reais problemas e necessidades de saúde da população.

Nogueira (2008) desenvolveu estudos sobre as desigualdades de saúde na cidade de Lisboa com o objetivo de conhecer os determinantes da saúde, a partir de fatores individuais (gênero, idade, condição socioeconômica, escolaridade) e fatores contextuais referidos pelos aspectos do ambiente físico/material e imaterial do lugar, constatando que a produção e o acesso a bens e serviços capazes de produzir saúde e uma vivência cotidiana saudável são espacialmente diferenciados.

O Diagnóstico de situação de saúde pode ser elaborado a partir de cinco grandes conjuntos de informações: o perfil epidemiológico, que se refere ao modo de adoecer e morrer; o perfil social, condições demográficas, educacionais e materiais necessárias à manutenção da vida

dos indivíduos e da população; o perfil do lugar, referido pelas condições da moradia e vizinhança, mobilidade e acessibilidade, que não resultam diretamente de atributos dos indivíduos; a agregação social que se refere aos vínculos familiares e territoriais dos indivíduos, que podem constituir-se como capital social, assim como aspectos do estilo de vida, que são definidos por uma condição cultural e não pela vontade dos indivíduos; e as políticas públicas, não só da área da saúde, que devem ser intersetoriais para fazer frente aos determinantes sociais da saúde.

Doença e morte são coisas da vida, ou seja, estão relacionadas às histórias de vida dos indivíduos. Saúde e doença se estabelecem na vida como partes de um mesmo processo que não se pode separar, da mesma forma que não se separa no tecido a trama e a urdidura. Como a vida não é só um processo biológico, muito ao contrário, é uma manifestação de nossa condição como seres sociais, as histórias individuais se constroem nas relações sociais, que se estabelecem no tempo e no espaço. Portanto, no processo saúde-doença devem-se considerar os contextos da vida, que se manifestam de modos distintos nos lugares, em contextos históricos específicos, podendo produzir a saúde e a doença.

AÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE: REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O modelo biomédico de saúde, concepção hegemônica, hospitalocêntrica, centrada na relação médico-paciente ignora a dimensão social da vida, no território, para o diagnóstico e tratamento da doença. Na realidade, o que ocorre é que a preocupação com a doença e com os indivíduos doentes prevalece nas ações e nas práticas de saúde. Nesta concepção, problemas de saúde são somente as doenças do corpo biológico e as necessidades, por conseguinte, cura e reabilitação das funções físicas desse corpo.

Se pensamos na população, e no ambiente que pode produzir saúde e doença, a enfermidade é apenas consequência, os problemas de saúde são a falta de saneamento ambiental, a falta de condições materiais para a manutenção da vida, o ambiente psicossocial, ou seja, o contexto da vida, com tudo aquilo que poderíamos chamar de determinantes sociais da saúde. Quase sempre, as doenças são resultado de interações ecológicas e sociais em que o corpo biológico e a doença são apenas parte da relação e o ambiente físico-biológico, social e cultural são a outra parte. Então é preciso compreender o território da saúde para desenvolver vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde.

A integralidade da atenção à saúde só é possível a partir da compreensão dos problemas e necessidades de saúde, com ações de prevenção e promoção da saúde, no contexto de vida e trabalho dos indivíduos e das populações, no lugar onde vivem. Para isso, torna-se imprescindível que se realize um diagnóstico de situação de saúde nos territórios das unidades de atenção básica.

Entende-se que a maioria dos problemas de saúde da população está diretamente vinculado às condições de vida e ao estilo de vida...à vida cotidiana. Para conhecer os problemas e as necessidades de saúde de um lugar, deve-se realizar um diagnóstico de situação de saúde que é mais do que levantar o perfil epidemiológico e saber como adoecem e morrem os indivíduos... conhecer os determinantes sociais da saúde que envolvem condições de vida e estilo de vida.

O modelo biomédico centrado na assistência médico-hospitalar, predominantemente, preocupado com ações de cura e reabilitação tem determinado a organização dos serviços de saúde. A abordagem exclusivamente clínica dos problemas de saúde continuam organizando os serviços de saúde, o que explica porque as políticas locais de saúde estão prioritariamente voltadas para o tratamento da doença e as atividades mais importantes das unidades básicas de saúde são as consultas médicas e a medicalização da população. Resta pensar na reorganização dos serviços de saúde para realizar prevenção e promover saúde.

FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR (2004) dizem que é preciso promover uma reorganização dos processos de trabalho nos SUS para colocá-lo operando de forma centrada nos sujeitos e em suas necessidades de saúde, para garantir a integralidade da atenção.

Se a atenção primária fosse realmente resolutiva como pode ser, com atendimento a cerca de 80% dos problemas e necessidades de saúde da população (ASSIS et al. 2010), talvez não fossem necessários tantos hospitais e muitos procedimentos complexos e intervenções cirúrgicas seriam evitadas. Quando os casos mais simples não são atendidos, depois de um certo tempo sem que seja resolvido, o problema se agrava e, se demora mais, o indivíduo morre.

Vejamos duas situações hipotéticas:

Situação 1

O senhor José foi ao posto de saúde 3 vezes no último mês queixando-se de uma forte dor de cabeça. Os médicos que o atendeu fez as mesmas perguntas e prescreveu um analgésico. Neste mês voltou ao posto de saúde com a mesma queixa e o médico lhe encaminhou para consulta ao especialista (neurologista).

Situação 2

A dona Maria é diabética e com frequência é levada às pressas a UPA, com descompensação glicêmica e pressão arterial alterada. Isto se repete 5 vezes nos últimos 3 meses. Dona Maria é medicada e depois de estabilizada recebe alta e volta para casa.

A clínica curativa que só olha para o corpo biológico medicaliza para tratar a doença, sem considera o sujeito no seu contexto de vida, na família e no lugar onde se vive. É preciso ouvir o sujeito que se queixa; que deve falar não somente sobre seu corpo, mas de sua relação com os outros nos espaços de sua vida cotidiana. Para alguns, a baixa resolubilidade na Atenção Básica está diretamente relacionada à falta de escuta e propostas como Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular seriam capazes de tratar o doente, considerando-o com sujeito que tem história, cultura, família e relações sociais. A dor e o sofrimento não têm uma causa mas um contexto, que para conhecer é preciso ouvir o sujeito que se queixa; que deve falar não somente sobre seu corpo, mas de sua relação com os outros nos espaços da coletividade (CUNHA 2004, BONFADA et al. 2012).

Portanto, compreender o indivíduo requer antes de tudo reportá-lo ao lócus de sua inserção social, sem que haja, no entanto, a massificação do todo e sem negar as particularidades que lhes são inerentes (BONFADA et al. 2012).

A clínica ampliada articula um projeto terapêutico singular para sujeitos individuais ou coletivos (família ou comunidade), com apoio matricial de uma discussão coletiva em uma equipe interdisciplinar. Essa abordagem, que possibilita a atenção integral ao indivíduo em suas necessidades de saúde, com o trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, permite uma ação mais consistente sobre a realidade complexa do processo saúde - doença.

Mas, isso seria pouco se o serviço de saúde somente realizasse atenção curativa, ainda que referenciada no contexto de vida dos sujeitos, deixando de lado as ações de prevenção e promoção da saúde. O que ocorre é justamente isso: as unidades de atenção à saúde, inclusive na Atenção Básica, tão sobrecarregadas pelo trabalho de cuidar dos doentes, não têm tempo de pensar em outra coisa que não seja tratar a doença. A explicação para essa falta de ações de promoção da saúde na atenção básica é a sobre carga a grande demanda por consultas clínicas (ASSIS et al. 1997).

Mas, se não fosse isso, os profissionais que foram formados em um currículo que

privilegia a ação curativa têm dificuldades para pensar em prevenção que não seja vertical e prescritiva, não sabem que realizar promoção da saúde é mudar o contexto das condições de vida que produzem as doenças e afetam a saúde e a qualidade de vida, que isso exige uma ação intersetorial sobre o território, na perspectiva da saúde coletiva.

Em verdade, o modelo de saúde que vem sendo estabelecido na organização do trabalho para a atuação dos profissionais de saúde está centrado no enfrentamento dos problemas traduzidos pela queixa-conduta do indivíduo no consultório médico, ou seja é médico centrado para tratar a doença.

Algumas vezes, se consegue determinar a incidência ou a prevalência das doenças na população adscrita, com a localização espacial dos doentes, mas isso pode ter maior importância no caso das doenças infecciosas, com a dengue, para se estabelecer ações visando interromper o ciclo de transmissão, atuando sobre o risco epidemiológico. No caso das doenças crônicas, a localização serve apenas para estabelecer o plano de visita para o acompanhamento domiciliar dos doentes.

Na maioria das Unidades Básicas de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, em seu trabalho de rotina realizam a tarefa de visitar um doente, um neonatal ou uma gestante. Se o paciente visitado não apresenta nenhuma queixa, não há conduta a ser desenvolvida. Em caso contrário, tenta-se agendar uma consulta médica que pode ter desdobramentos como encaminhamento a um especialista ou a procedimentos de exames clínicos laboratoriais e de imagens, e quase sempre medicalização (Figura 4).

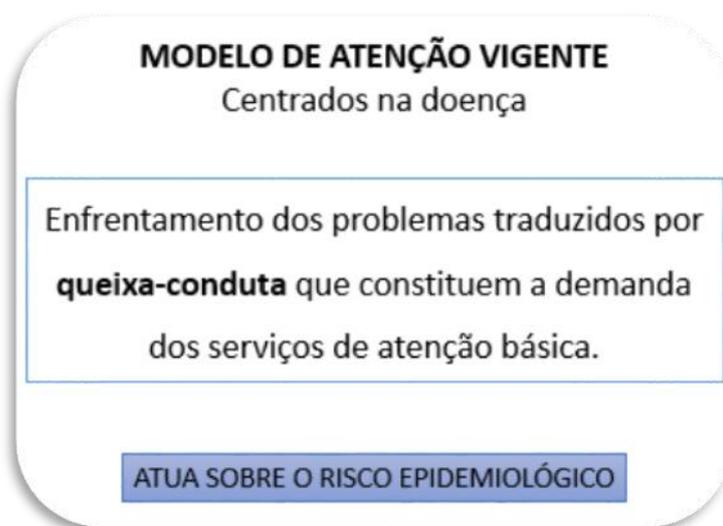


Figura 04 - Modelo de atenção à saúde, centrado na doença

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL 2006) define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde; e mais, a prevenção de agravos, a promoção e a proteção da saúde. Indica ainda que essas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com tecnologias baixa densidade, mas de elevada complexidade, dirigidas aos sujeitos em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, em territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade do território em que vivem essas populações.

A mesma política nacional define as áreas prioritárias para a operacionalização da Atenção Básica. Ainda que estabelecendo uma lista de doenças e programas de atenção individual à criança, à mulher e ao idoso, fala de promoção da saúde. Quando apresenta as

características do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, uma delas é o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde. Especificamente sobre o processo de trabalho da Saúde da Família, estabelece a promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde (BRASIL 2006).

Não é que a Unidade Básica de Saúde da Família deve deixar de cuidar dos doentes, mas é preciso cumprir a missão de reestruturar o modelo de atenção à saúde com práticas de saúde na família e no território, priorizando a integralidade nas ações de promoção da saúde, deslocando o foco centrado na doença para pôr o foco na saúde. Este modelo de saúde, mesmo na atenção individual clínica deve compreender o sujeito e sua doença no seu contexto da vida. Nas ações de prevenção e promoção da saúde, com abordagem coletiva, a atuação deve ser sobre os sujeitos na família e no território, diagnosticando situações, problemas e necessidades de saúde, com trabalho multiprofissional, interdisciplinaridade e intersetorialidade, reconhecendo no processo saúde-doença os determinantes sociais (Figura 5).



Figura 05 - Modelo de atenção à saúde, centrado na saúde

CONCLUSÕES

O modelo de atenção à saúde, mesmo depois de Alma-ata e Ottawa e as conferências internacionais da saúde que propuseram reorganização da atenção primária para incorporar a dimensão coletiva da saúde, continua fortemente centrada na atenção individual, seguindo a escola flexneriana da medicina especializada e que a assistência individual e curativista assumiu o papel de protagonista da produção dos serviços de saúde.

Em verdade, o Sistema Único de Saúde (SUS) continua organizado a partir de um modelo de atenção à doença. No nível conceitual há tentativas de articular as ações e práticas de saúde que considerem, ao mesmo tempo, a dimensão individual e coletiva, a partir de um modelo de atenção à saúde que se preocupe com a doença, mas também com a saúde e a qualidade de vida no território. Na prática não é isso que se vê. Os processos de trabalho que determinam as ações e práticas nas Unidades Básicas de Saúde da Família insistem em ignorar a saúde, dando relevância quase exclusiva à doença.

A reorganização dos serviços na atenção primária começaria pela valorização da clínica

multiprofissional, com consultas menos expeditas e menos prescritiva, com mais escuta e diagnósticos mais cuidadosos, para os quais não seria necessário alto consumo de exames clínicos e encaminhamentos apressados dos sujeitos aos especialistas. Ao mesmo tempo, a vigilância em saúde no território, com diagnóstico de situação deve ser o ponto de partida para as ações de prevenção das doenças e promoção da saúde, organizada a partir da atenção primária.

Mas, tudo isso, será pouco para resolver a maioria dos problemas de saúde e atender as necessidades da população se a atenção primária não valorizar as práticas e ações de prevenção e promoção da saúde que atuam sobre os determinantes sociais, para os quais a clínica e a epidemiologia pouco podem fazer.

. O contexto são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas. As ações de saúde devem, assim, serem guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana, nos diversos lugares onde a vida acontece.

As ações de vigilância e controle das doenças se dirigem para a tentativa de controle de comportamentos, hábitos ou estilos de vidas, principalmente para doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão. O problema está na orientação prescritivas aos sujeitos que não conseguem atender à prescrição, porque estilo de vida é produto da cultura e da norma social e não resulta diretamente da vontade individual. Disso, resulta o fracasso das ações e a culpabilização dos sujeitos.

Verifica-se, também, a falta de articulação intersetorial e com as redes sociais locais, que seria necessário para atender os preceitos do SUS sobre a territorialização da saúde, considerando que o território é o contexto da vida cotidiana, material e simbólica, e a saúde da população, em grande parte resultado de determinantes sociais.

A atenção primária é desconsiderada pela maioria dos profissionais de saúde, que valorizam as especialidades e os procedimentos de maior complexidade, porque lhes podem conferir maior status social e econômico. Mesmo os gestores locais da saúde, se movimentam muito rapidamente para atender aos reclames da falta de leitos para internações e equipamentos para os procedimentos hospitalares mais complexos, e não percebem as carências da atenção básica à saúde, que demandam com uma reorganização dos serviços, mais recursos financeiros e capacitação dos profissionais, com educação permanente

No debate teórico já temos muita discussão acumulada sobre o processo saúde-doença a partir de abordagens que vão além da dimensão biológica e que a maioria dos problemas de saúde se originam fora do corpo biológico, sendo preciso compreender os determinantes sociais da saúde nos lugares da vida cotidiana. Mas, na prática, o serviço de atenção à saúde continua enredado pelo modelo biomédico, organizados para cuidar das doenças e muito pouco faz pela saúde. E ainda, olhando para dentro do corpo doente, para saber o que está errado com o seu funcionamento, não olha para o ambiente que o faz adoecer. A consequência disso é que há cada vez mais doentes esperando atendimento, sendo praticamente impossível atender a todos. Enquanto o Sistema de Saúde se organiza com total prioridade para as ações curativas, sem fazer prevenção e promoção da saúde, aumentam as filas para consultas médicas, exames laboratoriais, exames de imagens, e cirurgias. Muitos não resistem à espera. Enquanto se curam os doentes deve-se trabalhar para que outros indivíduos não adoçam.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do, FRANCO, Túlio Batista, JORGE, Maria Salete Bessa (ORGs.). Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010, 182 p.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; CERQUEIRA, Erenilde Marques de; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; SANTOS, Adriano Maia dos; JESUS, Washington Luiz Abreu de; Atenção

primária à saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da família: construção política, metodológica e Prática. *Revista APS*, 10 (2): 189-199, 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11tencao.pdf>>. Acessado em 20/08/2014.

BECK, Ulrich. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony e LASH, Scott. *Modernização reflexiva*. São Paulo: Editora UNESP, 1997.

BECK, Ulrich. *Incertezas fabricadas - Entrevista com o sociólogo alemão Ulrich Beck*. Amaivos, 2008. Disponível em: <http://amaivos.uol.com.br/templates/amaivos/amaivos07/noticia/noticia.asp?cod_noticia=7063&cod_canal=41>. Acessado em 20/07/2014.

BERNSTEIN, Peter L. *Desafio aos Deuses: A fascinante história do risco*. 5.ed. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda., 1997.

BONFADA, Diego; CAVALCANTE, José Rodolfo Lopes de Paiva; ARAUJO, Dayane Pessoa de; GUIMARAES, Jacileide. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 17(2): 555-560, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção básica. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Pactos pela Saúde, v. 4) Brasília: 2006, 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acessado em 31/08/2014.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para organização da atenção básica. 4a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 40p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2010.pdf>>. Acessado em 20/07/2014.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2(6):50-63, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf)>. Acessado em 22/03/2014.

CHEADLE, A.; PSATY, B.M.; DIEHR, P.; KOEPESELL, T.; WAGNER, E.; WICKIZER, T.; CURRY, S. An empirical exploration of a conceptual model for community-based health-promotion. *International Quarterly of Community Health Education* 13(4):329-63, 1992.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica / Gustavo Tenório. Campinas - SP. *Dissertação* (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2004, 201 fl.

DIEHR, P.; KOEPESELL, T.; CHEADLE, A.; PSATY, B.M.; WAGNER, E.; CURRY, S. Do communities differ in health behaviors? *J Clin Epidemiol.*, (10):1141-1149, 1993.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Do Conceito de Risco ao da Precaução: entre determinismos e incertezas. In: FONSECA, Angélica Ferreira e CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P. 87-120.

BARCELLOS, Christovam. Elos entre a geografia e a epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-609, 2000.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (orgs). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004

FREIRE, Neison Cabral Ferreira; BONFIM, Cristine Vieira do; NATENZON, Claudia Eleonor. Vulnerabilidade socioambiental, inundações e repercussões na Saúde em regiões periféricas: o caso de Alagoas, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9):3755-3762, 2014.

KASL, Stanislav V.; HARBURG, Ernest. Mental Health and the Urban Environment: Some Doubts and Second Thoughts. *Journal of Health and Social Behavior*, 16(3): 268-282, 1975. Published Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/2136876>>. Acessado em: 10/09/2013.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, 21(3): 898-906, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acessado em 25/03/2014.

NOGUEIRA, Helena. *Os lugares e a saúde*. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2008, 240p.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 17(2): 29-40, 2011.

PAULILO, Maria Angela Silveira; JEOLAS, Leila Sollberger. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.10, n.1, pp. 175-184, 2005.

ROCHA, Simone rocha da. *Possibilidades e limites no enfrentamento da vulnerabilidade social juvenil: a experiência do programa agente jovem em Porto Alegre*. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], 13 (6): 1027-1034, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acessado em 20/08/2014.

SILVA, Kênia Lara. Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana. Belo Horizonte. DISSERTAÇÃO. Escola de Enfermagem - UFMG, 2009. 182f.