



Universidade Federal do  
Recôncavo da Bahia

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Centro de Artes Humanidades e Letras

Colegiado de Serviço Social

**A Estratégia de Saúde da Família enquanto modelo contra-hegemônico (ou não) de  
atenção à saúde: um estudo a partir da cidade de Cachoeira-Bahia.**

Mayse de Oliveira Andrade

Cachoeira – BA

2016

Mayse de Oliveira Andrade

**A Estratégia de Saúde da Família enquanto modelo contra-hegemônico (ou não) de  
atenção à saúde: um estudo a partir da cidade de Cachoeira-Bahia.**

Trabalho monográfico apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no semestre 2015.1, enquanto pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira

Cachoeira – BA

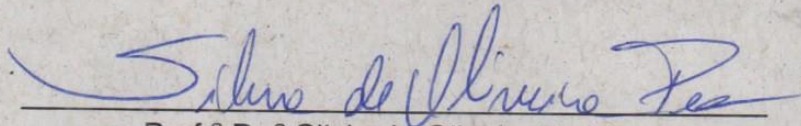
2016

MAYSE DE OLIVEIRA ANDRADE

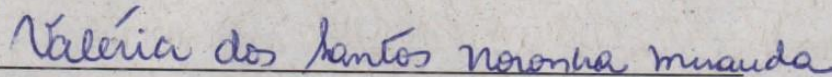
A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO UM MODELO CONTRA-  
HEGEMÔNICO (OU NÃO) DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO A PARTIR DA  
CIDADE DE CACHOEIRA-BAHIA.

Cachoeira – BA, aprovada em 26/02/2016.

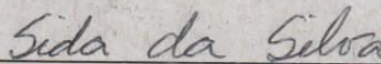
BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia de Oliveira Pereira  
(Orientadora – UFRB)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria dos Santos Noronha Miranda  
(Membro Externo – UFBA)



Ms. Sida da Silva  
(Membro Externo)

Àquela que sonhou e incentivou a *bonequinha* a sonhar...

## AGRADECIMENTOS

Este momento de agradecer me soa como chegada e sinto imensa alegria, primeiro, por ter pessoas a quem agradecer por ter tornado este caminhar mais doce e frutífero, segundo, por ter a certeza que em todas estas já tive e posso encontrar apoio nos desafios. Assim agradeço:

A *Deus*, pela minha vida, minha família, pelo pão material e espiritual de cada dia e por me amparar;

A *vó Rosa* (in memoriam), a quem dedico este trabalho e mais do que ninguém sonhou com esta realização. O seu amor me ensina a ser sempre melhor;

A *Adalice*, mãe, a mulher mais forte, linda e com o coração maior do mundo, que sempre me acha um bebê e que faz meus sonhos maiores que os seus;

A *Manoel*, pai, a pessoa mais linda do mundo, que no silêncio e com o olhar diz muito, e que faz meus sonhos maiores que os seus;

A *Aline*, irmã, primeira amiga, companheira, que sempre cuida da irmã casula com “unhas e dentes” e que faz meus sonhos maiores que os seus;

A *Antônia, João, Américo* (in memoriam), avós que amo e que me ensinam com amor, carinho e fé, que a felicidade está nos simples gestos;

A *tia Rita*, uma pessoa que reúne amor e dedicação por toda família e em seu nome agradeço a todos (as) os tios (as);

A *Alda e Marcelo*, padrinhos, que ocuparam o papel de segundo pais na árdua tarefa de educar;

A *Natália*, a irmã que só pude conhecer na graduação e como um fenômeno conquistou rapidamente um lugar no meu coração (para sempre);

A *tio Wellington e família*, pessoas maravilhosas que Deus colocou em minha vida e fez de sua a minha casa;

A *Danilo* (namorado e sempre amigo) e toda a sua família, pessoas por quem guardo um amor infinito e agradeço por cada delicadeza e cuidado na pessoa de dona *Dilma*.

A *tia Flora, tio Tadeu, tia Ana, tio Agnael, tia Tatiane*, tios pelos quais tive a sorte de ser acolhida;

*A Abinael, Juvenício, Sirleide (afilhado Alisson), Fátima, Helenaldo e Ariângelo*, grandes amigos e irmãos que tive a dádiva de estudar o ensino médio e que me proporcionou formar uma família;

*A Miminha, Ane, Rafa e Lany*, amigas-irmãs que a vida me deu;

*A Thamara Pink*, amiga que me ajudou nos primeiros semestres da universidade, nos quais foi muito difícil lidar com os egos;

*A Gabhy, Renatinha, Girlene e Bruna*, panelinha de fazer atividades acadêmicas e de apoio nas horas difíceis;

*A Turma 2011.2*, com a qual compartilhei tantos momentos;

A todos os colegas do curso de Serviço Social da UFRB;

*A Turma do Bem, Adenilton, Renatinha Martins, Renatinha Baião, Girlene, Gabhy, Ane, Rafa, Lúcia e Fernandinha*, obrigada por cada risada, nossos encontros eram os melhores e têm que perdurar;

*A Michele Dórea*, companheira, guerreira e amiga que sempre me mostrou o melhor caminho e que quero sempre por perto;

*A Comissão de Formatura*, pessoas que fizeram de momentos difíceis e pesados momentos cômicos, amenizados pelo trabalho em grupo;

*A Marcela Silva, Luís Flávio Godinho, Ilzamar Pereira, Fabrício Fontes, Henrique Rozendo, Rosemeire Guimarães, Lúcia Aquino, Silvia Arantes, Marcia Clemente*, professores que me ensinaram mais do que simplesmente conteúdos, mas pensar aspectos da realidade;

*A Valéria Noronha*, professora que Deus me agraciou como amiga (mãe) para as vivências acadêmicas e para toda a vida.

*A Silvia Pereira*, pela sorte e felicidade de encontros inesperados, a sua orientação e amizade me guiou permitindo ser autora, pesquisadora e aventureira, enfim, você me deixou/ensinou a voar;

*A Sida Silva*, antiga e futura colega, por quem guardo grande admiração e carinho;

*Ao CREAS de Cachoeira*, espaço onde realizei estágio, nas pessoas de *Jamille e Mércia*;

*Ao GAMGE*, instituição que acredito e que tive o caminho cruzado desde os primeiros semestres, agradeço em nome de *Gesilda*;

*A Dr<sup>a</sup> Rita*, amiga que me acolheu com afago e me fez sentir em casa em muitas horas de saudades;

As meninas da casa Belvedere: *Géssica Arsênio, Lorena Fernandes, Géssica Souza, Joseane Santana, Natália Dourado e Rosana Santos*. As experiências foram diversas, aprendi com cada uma, guardo as excentricidades e momentos felizes;

*A Jamile Pereira (prima), João Paulo e Camila Meneses*, amigos que são de perto e que a universidade reaproximou, e;

*As colegas e tutoras* do curso de Aperfeiçoamento em Metodologia do Trabalho Científico em Saúde da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia.

A todos vocês obrigada por tudo até aqui, que muitos momentos felizes possam vir. Agora é hora de um deles!

[...]

Os amores na mente

As flores no chão

A certeza na frente

A história na mão

Caminhando e cantando

E seguindo a canção

Aprendendo e ensinando

Uma nova lição

[...]

(Geraldo Vandré)



## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso discute os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil, mais especificamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto um modelo contra-hegemônico (ou não). A ESF teve o seu número de equipes ampliadas nos últimos anos através de incentivos do Ministério da Saúde (MS) para qualificação e ampliação da Atenção Básica (AB), e a partir da AB, a ESF seria o principal instrumento de reorientação do modelo médico-assistencial hegemônico. Ainda para ilustrar esta política no âmbito municipal, o estudo teve como *locus* a cidade de Cachoeira-Ba. A pergunta que guia o estudo é: a ESF está colaborando com a consolidação de um modelo contra-hegemônico de atenção à saúde dentro do SUS? O objetivo geral é descrever a ESF enquanto proposta de reorientação do modelo hegemônico de atenção à saúde, a partir da realidade da ESF da cidade de Cachoeira-Bahia. E os específicos são: discutir os modelos de atenção à saúde no Brasil e a sua constituição dentro do SUS; mapear a implantação da ESF em Cachoeira-BA e sua relação com os indicadores municipais de saúde; e compreender os elementos norteadores do cuidado em saúde na ESF da cidade supracitada. A pesquisa é de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritivo, e utilizou a análise temática de conteúdo para análise das entrevistas. O trabalho foi construído de forma dialética e está estruturado em introdução, primeiro, segundo e terceiro capítulo – sendo cada capítulo contemplado por um dos objetivos específicos –, além das considerações finais. A pesquisa apontou que o trabalho da ESF ainda está em curso no que diz respeito a reversão do modelo hegemônico; uma tendência percebida no município de Cachoeira (que possui 100% de cobertura desde 2006) é ainda o atendimento a demanda espontânea e consultas agendadas, que têm como uma das suas consequências o alto índice de internações por condições sensíveis a AB. Deste modo, o estudo colabora com as discussões no campo da política social de saúde e do Serviço Social, na luta por um modelo de atenção contra-hegemônico que tenha como fim as necessidades das pessoas, cidadãos de direitos.

**Palavras-chave:** Modelos de Atenção à Saúde. Sistema Único de Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

The gift work Completion of course This monograph discusses the Health Care Models in Brazil, specifically the Family Health Strategy (ESF) while a model anti-hegemonic (or not). The ESF had its number of teams expanded in recent years through the Ministry incentives of Health (MS) for qualification and expansion of Primary Care (AB), and from AB, the ESF would be the main instrument of reorientation of medical care model hegemonic. To further illustrate this policy at the municipal level, the city of Cachoeira -BA was the locus the study. The study's guiding question is: ESF is collaborating with the consolidation of a health model counter- hegemonic of care within the SUS? The overall objective is to describe the ESF as a proposal for reorientation of the hegemonic model of health care, from the reality of the ESF in the city of Cachoeira-Bahia. And are specific: discuss health care models in Brazil and its incorporation into the SUS; map the FHS implementation in Cachoeira -BA and its relationship with the municipal health indicators; and understand the guiding elements of health care in the EFS of the aforementioned city. A pesquisa é qualitativa exploratory- descritiva, e usou a análise de conteúdo temática para analisar as entrevistas. The work was built dialectically and is structured into introduction, first, second and third chapter – each chapter being contemplated by one of the specific objectives –, beyond the final considerations. The survey showed that the work of the ESF is still ongoing as regards the reversal of the hegemonic model; a perceived trend in Waterfall city (that has 100 % coverage since 2006) and still the fulfillment of spontaneous demand and scheduled appointments, hey are having as one of its consequences the high rate of hospitalizations for sensitive conditions AB. Thus, the study contributes to discussions in the field of social health policy and Social Work, at struggle for a model of counter-hegemonic care that has order as the needs of people, rights of citizens.

**Keywords:** Health Care Models. Health Unic System. Family Health Strategy.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Unidades de Saúde da Família do município de Cachoeira-BA em 2012 .....	41
QUADRO 2: Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, Cachoeira-BA: Cobertura pela AB .....	44
QUADRO 3: Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Cachoeira-BA: Icsab .....	45
QUADRO 4: Percentual de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Básica em Cachoeira-BA .....	46
QUADRO 5: Número de profissionais por unidade e tipo de vínculo empregatício .....	50
QUADRO 6: Divisão dos profissionais da ESF em Cachoeira por seus respectivos vínculos empregatícios .....	51

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica  
Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AP – Acolhimento Pedagógico  
APS – Atenção Primária a Saúde  
AS – Atenção Secundária  
AT – Atenção Terciária  
BA – Bahia  
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIT – Comissão Intergestores Regional  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNRH/IPEA – Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto Nacional de Pesquisas Econômicas Aplicadas  
CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
Coap – Contrato Organizativo de Ação Pública  
Conass – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
DAB – Departamento da Atenção Básica  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil  
DMP – Departamento de Medicina Preventiva  
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais  
DNS – Departamento Nacional de Saúde  
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
FAZ – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
Finep – Financiadora de Estudos e Projeto  
FLICA – Festa Literária Internacional de Cachoeira  
FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciência  
IAP's – Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Icsab – Internação por Condições Sensíveis a Atenção Básica

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MITIC – Departamento do Trabalho, Indústria e Comércio

MOC – Projeto Montes Claros

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Norma Operacional da Atenção Básica

Preps/Opas – Programa de Preparação Estratégica de Pessoa de Saúde da Organização Pan-americana da Saúde

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAMS – Sistema de Assistência Médica Supletiva

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

Sispacto – Sistema de Pactuação dos Indicadores

SPT-2000- Saúde Para Todos no ano 2000

SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

UFS – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 MODELOS DE ATENÇÃO E DIREITO À SAÚDE NO BRASIL .....	18
2.1 Modelos de atenção à saúde: uma discussão entre o “hegemônico” e o “contra-hegemônico” .....	18
2.2 A trajetória da saúde pública no Brasil .....	22
2.2.1 O Movimento pela Reforma Sanitária: avanços na busca pela democracia da saúde ...	27
2.3 A Estratégia de Saúde da Família na estruturação do modelo de atenção à saúde dentro do SUS .....	31
3 A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CACHOEIRA-BA: uma análise a partir de dados da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde .....	38
3.1 A Cidade de Cachoeira-Ba: entendendo a dinâmica social do <i>lócus</i> da pesquisa .....	38
3.2 Cobertura da ESF <i>versus</i> indicadores de saúde: aproximações e desafios .....	43
4 O CUIDADO DA ESF EM CACHOEIRA- BA: hegemonia e contra hegemonia no discurso de profissionais de saúde .....	54
4.1. Localizando a profissão médica na história do Brasil .....	55
4.2 O cuidado profissional: Análise Temática .....	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
REFERÊNCIAS .....	70
ANEXOS	

## 1 INTRODUÇÃO

Após 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização deste ainda é tensionada por interesses privados, ou melhor, cada vez mais as investidas neoliberais internacionais e nacionais tentam enfraquecer a estruturação de um sistema verdadeiramente universal, equânime e integral. Dessa sorte, ainda hoje o modelo mais evidente, ou seja, hegemônico de oferta de saúde é curativo, médico-assistencial e hospitalocêntrico, sendo um desafio operacionalizar um modelo contra-hegemônico que leve em consideração os princípios do SUS.

Quando se fala em modelo de atenção à saúde, refere-se ao modo de organização das ações e serviços de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005), ou seja, a apreensão dos elementos presentes na formação de uma política social de saúde, mas, principalmente, como esta é operacionalizada e chega as pessoas, assim, os seus desdobramentos nas condições de saúde dos cidadãos. Como Teixeira (2006) aponta, mudanças nos modelos de atenção exigem ações macro e micro.

Pensar hoje um modelo de atenção à saúde diferente do hegemônico é possível graças ao Movimento de Reforma Sanitária da década de 1970 e 1980, o qual criticou a abordagem da medicina como ação curativa, pautada no biológico, e propôs uma abordagem que levasse em consideração a relação saúde e sociedade. Esse processo que começou na década de 1970 foi grande influenciadora do reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado

Atualmente dentro do Ministério da Saúde (MS) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é colocada como grande responsável pela mudança no modelo de atenção à saúde. Desde o seu surgimento como Programa em 1994, e reconhecimento como Estratégia em 2006, a Saúde da Família é considerada uma forma inovadora de produzir saúde, partindo da realidade das pessoas, famílias e comunidades. Esta amplia o conceito de saúde na sua operacionalização entendendo-a não como ausência de doença, mas como a possibilidade e a garantia de bem-estar físico, mental e social diante das necessidades de cada pessoa, ela se efetiva a partir das equipes de Saúde da Família e das equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e é a principal estratégia para a concretizar a Atenção Básica (AB).

O trabalho na ESF é desenvolvido com tecnologias de menor densidade em comparação com equipamentos usados em hospitais, mas envolve alta complexidade em conhecimento e recursos científicos no que se refere aos conhecimentos acumulados advindos não só da Ciência da Saúde, como também das Sociais e Humanas que são importantes para entender o ser

humano de forma integral dentro do seu meio familiar, comunitário, social, cultural e econômico.

A importância do trabalho da Atenção Básica e conseqüentemente da ESF amplia-se com o tempo dentro do Ministério da Saúde. Foram criados vários programas que a envolvem, como: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011; Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) em 2012, e o Programa Mais Médicos (PMM) em 2013. O primeiro destinado a toda equipe da AB e os dois últimos mais voltados para a inserção do médico nesse nível de atenção.

Deste modo, entendendo a importância que é dada a ESF como reorganizadora dos serviços e práticas de saúde dentro do SUS, se torna essencial analisar como esta está sendo operacionalizada, quais seriam as mudanças nas condições de saúde da população com a cobertura 100% das equipes da ESF.

Assim, o presente Trabalho de Conclusão de Curso discute se o modelo de atenção à saúde desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família difere-se do modelo hegemônico médico-assistencial privatista. O interesse por tal estudo se deu pela inserção em projeto de iniciação científica na área da saúde, tendo como campo de pesquisa os médicos dentro da ESF. A partir desta experiência se teve a oportunidade de percorrer as unidades de saúde da família de algumas cidades do Recôncavo, dentre elas, Cachoeira. Em campo, pode-se conversar com as pessoas na sala de espera e perceber queixas sobre alguns serviços de saúde: a falta de medicamento, a demora no atendimento e na distância de suas residências para as unidades.

Deste modo, a pergunta que guia o estudo é: a Estratégia de Saúde da família está colaborando com a consolidação de um modelo contra-hegemônico de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde? E os objetivos geral é: descrever a Estratégia de Saúde da Família-ESF enquanto proposta de reorientação do modelo hegemônico de atenção à saúde, a partir da realidade da ESF da cidade de Cachoeira-Bahia. E os específicos são: discutir os modelos de atenção à saúde no Brasil e a sua constituição dentro do SUS; mapear a implantação da ESF em Cachoeira-BA e sua relação com os indicadores municipais de saúde; e compreender os elementos norteadores do cuidado em saúde na ESF da cidade supracitada.

Para tanto, a pesquisa é de natureza qualitativa, por entender que esta é a que mais adequada para a análise em Ciências Sociais, apesar de ser sempre uma aproximação, um recorte da realidade, incapaz de conter a totalidade da vida social, a pesquisa qualitativa permite “reconstruir teoricamente os processos, as relações, os símbolos e os significados da realidade social” (MINAYO, 2008, p. 14). Visto que ainda não se têm muitos trabalhos que versem sobre a problemática da monografia em questão, a pesquisa qualifica-se como do tipo exploratória-



descritiva, pois tem como propósito aproximar-se ao objeto, torná-lo mais explícito e construir hipóteses a seu respeito, além de descrever as características referente aos sujeitos do estudo (GIL, 2002, p. 41-42).

Os dados da pesquisa são secundários, provindos da revisão bibliográfica, do levantamento de dados oficiais do Ministério da Saúde e análise temática de conteúdo das entrevistas realizadas com os médicos da ESF de Cachoeira dentro do Projeto “Onde estão os médicos do Recôncavo da Bahia? Perfil da formação médica, condições e mercado de trabalho na região”, coordenado pela Profa. Dra. Valéria Noronha, a qual concedeu autorização para tal.

A análise temática de conteúdo segundo “Minayo (2007) desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação” (CAVALCANTI; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p. 16). A primeira delas diz respeito a leitura flutuante, a construção do material de análise, ou seja, o *corpus* e a reformulação das hipóteses ou aproximação com a sua concreticidade. Esse seria o momento de leitura exaustiva do material até que o pesquisador perceba que já consegue decodificar os elementos presentes e por fim elabora-se os indicadores que fundamentarão a interpretação final. Na segunda etapa o investigador procurará encontrar palavras ou frases que sejam representativas da fala dos entrevistados e que estão em conexão os objetivos da pesquisa, deste modo conseguindo diminuir a quantidade de material. A partir daí há a agregação dos dados entre categorias teóricas e empíricas que estão concatenadas com o tema. Depois faz-se a leitura deste material inter-relacionando-o “com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material” (MINAYO, 2007 *apud* CAVALCANTI; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p. 16).

O trabalho está dividido em três capítulos, seguidos de considerações finais. No primeiro capítulo há a descrição dos modelos de atenção à saúde que estavam subjaz a oferta de saúde à população brasileira antes do SUS, desenvolvendo melhor o conceito de modelo de atenção à saúde, para explicitar conceitualmente o que a contra-hegemonia em saúde propõe, e como a ESF representa esse lugar de se formar uma contra-hegemonia. E por fim, é apresentada a ESF a partir do seu *lôcus* no arranjo organizacional do Ministério da Saúde: a Atenção Básica.

No segundo capítulo, analisa-se a implantação da ESF em Cachoeira-BA e como esta impactou no Indicador de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Básica (Icsab). Primeiro há a contextualização do município, e introdução ao novo modo de organização dos serviços de saúde a partir do Decreto 7508/2011. Posteriormente, a partir de dados dos sítios oficiais do MS apresenta-se a implantação da ESF em Cachoeira e a atual configuração de suas

equipes; para então analisar a pactuação municipal quanto a AB e seus alcances, a partir dos indicadores cobertura de equipes de saúde da família e Icsab.

No terceiro capítulo se faz uma análise temática de conteúdo das falas de médicos da ESF de Cachoeira, identificando como se dá o cuidado na ESF, a hegemonia e contra hegemonia no discurso destes profissionais de saúde. Posteriormente serão feitas considerações finais, para responder a pergunta inicial: a Estratégia de Saúde da família está colaborando com a consolidação de um modelo contra hegemônico de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde?

De um modo geral, o trabalho identificou uma realidade de oferta de saúde marcadamente curativa, tendo nas ações de atendimento a demanda espontânea e agendamento o centro das atividades das equipes de saúde da família. São muitos os aspectos que versam sobre esta dinâmica como: a falta de identificação da equipe com o território, formação profissional, falta de trabalho em equipe, vínculo de trabalho fragilizado, dinâmica de organização da ESF pela gestão municipal e falta de participação social.

Assim, esta monografia colabora com as discussões no campo da política social de saúde e do Serviço Social, em ambas, na luta por um modelo de atenção contra-hegemônico que tenha como fim as necessidades das pessoas. Ao assistente social – assim como aos outros trabalhadores das políticas sociais – aponta que a realidade dos espaços de trabalho, ainda são marcadamente burocráticos e verticalizados, deste modo, são muitos os desafios para a realização de um trabalho em conjunto com a equipe e usuários, ou melhor, a mobilização destes deve ser um trabalho contínuo.

## 2 MODELOS DE ATENÇÃO E DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Neste primeiro capítulo é feita uma discussão teórica sobre os principais elementos que serão debatidos durante todo o trabalho: modelos de atenção à saúde, os modelos presentes nos diferentes momentos da saúde pública no Brasil, e a estruturação do modelo contra-hegemônico do/dentro do SUS, a partir da Atenção Básica. Esses elementos serão essenciais para o entendimento da realidade da Estratégia de Saúde da Família em Cachoeira, enquanto modelo contra-hegemônico (ou não) de atenção à saúde, enfim, responder a pergunta de investigação.

### 2.1 Modelos de atenção à saúde: uma discussão entre o “hegemônico” e o “contra-hegemônico”<sup>1</sup>

O debate em torno dos modelos de atenção à saúde é recente, marcado principalmente pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) da década de 1970, se trata da discussão sobre a organização dos serviços e das práticas de saúde. Teixeira; Paim; Vilasboas (1998), Campos (2005), Heiman; Mendonça (2005), Pinheiro et.al. (2005) apontam historicamente a parca preocupação com a discussão sobre modelos de atenção à saúde no planejamento das políticas de saúde, e maior preocupação com o financiamento, gestão e descentralização, ou seja, macropolíticas.

A RSB criticava o enfoque da medicina como ação curativa, pautada no biológico, e propunha uma abordagem que levasse em consideração a relação saúde e sociedade, ou seja, incorporava o paradigma da determinação social da doença em substituição ao paradigma multicausal, da medicina clínica e da medicina preventiva (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). A Reforma Sanitária foi grande influenciadora do reconhecimento da saúde como direito universal, e dos princípios doutrinários e organizativos dos SUS: universalidade, equidade,

---

<sup>1</sup> O conceito e concepção de hegemonia que trata a monografia tem sua base no trabalho do pensador marxista Antônio Gramsci para o qual “a hegemonia pressupõe a conquista do consenso e da liderança cultural e político-ideológica de uma classe ou bloco de classes sobre as outras. Além de congregar as bases econômicas, a hegemonia tem a ver com entrecosques de percepções, juízos de valor e princípios entre sujeitos da ação política (MORAES, 2010, p. 54-55). Assim a hegemonia seria algo conquistado por meio da direção política e consenso e não só por meio da coerção, seria um processo, uma “guerra de posição”.

integralidade, descentralização e participação social. A integralidade<sup>2</sup> destaca-se dentro do processo de reorganização da atenção à saúde, na efetivação da saúde para todas as pessoas, de modo a atender as necessidades diversas.

No entanto, Campos (2005) coloca que a reforma oficial (década de 1980-90) que se processava na saúde tinha grande preocupação com modificações administrativas como a descentralização e integração/unificação das instituições de saúde, o que eram medidas importantes, mas não se tinha interesse de discutir o modelo de atenção e a democratização do aparelho estatal “e, de fato, pouco se mencionava nos documentos oficiais de criação do SUS críticas ao modelo de atenção à saúde ainda marcadamente biomédico<sup>3</sup>” (CAMPOS, 2005, p. 144). Oficialmente “as diretrizes para a mudança dos padrões da assistência ainda eram muito vagas: faltava a elaboração de projetos consistente para reformular a atenção básica, a saúde coletiva ou a política para hospitais, médicos etc.” (CAMPOS, 2005, p. 144).

A respeito da expansão da Atenção Básica na década de 1990, Heimann e Mendonça (2005) apontam, especialmente, quanto à implantação das equipes do Programa Saúde da Família<sup>4</sup> que “ainda existe um a lacuna no que concerne à avaliação da sua efetividade como política de conversão do modelo de atenção, redução de desigualdades e melhoria da situação de saúde da população” [...] (HEIMANN; MENDONÇA, 2005, p. 488).

Deste modo, quando se fala em modelos de atenção à saúde estamos nos referindo a forma de organização dos serviços e o modo de organização das práticas de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 451). Toda prática de saúde se dá dentro de um contexto que envolve organização política, econômica e social, mas vai ser na relação entre sujeitos (profissionais e profissionais; profissionais e usuários; usuários e usuários) que ela vai se materializar, ou seja, na assistência as pessoas.

A atenção à saúde convive atualmente com o tensionamento entre o atendimento as demandas da população mediante estudos epidemiológicos, necessidades e demandas de saúde,

---

<sup>2</sup>Quatro perspectivas de integralidade para a Reforma Sanitária: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, 2006, p. 15).

<sup>3</sup>O saber biomédico fundamenta-se em uma visão biológica e mecanicista do ser humano e na abordagem curativa das doenças e representa a visão oficial do corpo humano nas sociedades capitalistas ocidentais baseadas na capacidade de produção e de consumo (MORAES, 2012).

<sup>4</sup>A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, dentre outros, estabeleceu revisão das diretrizes e normas para a organização da Saúde da Família, passando a reconhecê-la como *estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil*.

e um setor de investimento (material, humano e tecnológico) do setor privado (PAIM, 2006). Deste modo, apesar da saúde ser constitucionalmente (Constituição Federal de 1988) prevista como direito universal, equânime e integral, a política que por hora é predominante, está multifacetada entre o público e o privado, o que dificulta a efetividade desses princípios.

As maneiras tradicionais de organização dos serviços de saúde são caracterizadas por

Modos que têm nos “modelos ideias” seu *modus operandi*, que buscam diagnosticar as “demandas”, traduzindo-as em “reais necessidades”, as quais devem ser respondidas por critérios técnicos, objetivos, cujos resultados sejam quantificáveis, muitas vezes negando as “práticas eficazes” decorrentes da interação dos sujeitos envolvidos no cotidiano das instituições de saúde (PINHEIRO, 2003b). São modelos que se prestam mais a conservar e a reproduzir a concentração do poder institucional, inclusive com a dominação simbólica de saberes técnicos (ditos científicos), de interesses econômicos ou de grupos corporativos, tornando as instituições impermeáveis às práticas e valores democráticos (PINHEIRO et.al., 2005, p. 19).

Pode-se citar como de modelo hegemônico o médico-assistencial que se desenvolveu principalmente a partir da década de 1970 (PAIM, 2009) – este possui uma “racionalidade tecnológica restrita à intervenção sobre riscos e danos em indivíduos e grupos” (TEIXEIRA, 2001, p. 87-88) – e o modelo sanitarista, característica da oferta de saúde pública antes do SUS, mas que hoje ainda integram este, esse modelo é conhecido por seus programas especiais, que possuem ações residuais e pontuais.

O modelo contra-hegemônico é aquele pautado nas necessidades de saúde, essas são construídas socialmente e “requerem a capacidade de escuta, de respeito à diversidade humana, cultural, social e de compreensão da saúde e da doença, assim como, oportunidades de construção de propostas de caminhos para mudança na clínica” (PINHEIRO, et.at. 2005, p. 26,). deste modo, a partir desta compreensão sobre o que é demanda, a atenção à saúde deve articular ações de prevenção, promoção, tratamento e cura, através de uma atenção integral, universal e equânime. Um modelo atual contra-hegemônico a ser analisado é a Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Teixeira (2006), mudanças no modelo de atenção é um processo extremamente complexo que requer ações heterogêneas, que articulem “iniciativas “macro” sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível “micro””. Deste modo, deve conjugar modificações nos processos político-gerenciais que “criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas” (TEIXEIRA, 2006, p. 60), assim,

provocando mudanças no conteúdo da prática, articulando atendimento das necessidades da população; organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços e organização das unidades em redes assistenciais.

Assim, a autora aponta desafios quanto a mudança do modelo de atenção. Esta deve intercalar, no que se refere as finalidades e propósitos, a superação do modelo centrado na demanda espontânea e do atendimento aos doentes, deslocando a prestação dos serviços para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos atuando dentro do território, tendo como objetos problemas de saúde e seus determinantes, agindo nas causas dos problemas, assim, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais, tendo como eixo central a integralidade.

Essa redefinição do objeto e das finalidades implica a mudança do perfil profissional e de todos os sujeitos que estão imbricados no processo de saúde, inclusive a população organizada.

A introdução de mudanças nas finalidades, no objeto e no sujeito do processo de trabalho em saúde incidem, em seu conjunto, sobre as relações estabelecidas entre os sujeitos e os saberes e tecnologias que utilizam para a apreensão do (s) objeto (s), entre os sujeitos, profissionais e trabalhadores de saúde, e a população usuária do sistema de serviços (TEIXEIRA, 2006, p. 28).

Essas relações possuem uma dimensão técnica que não deve ser supervalorizada em relação as dimensões ética, política e cultural, o que se torna um desafio cada vez maior dentro da área da saúde, graças a hipervalorização da dimensão tecnológica, dificultando a mudança no modelo de atenção. Conjugando, deste modo, a educação (formação, especialização, capacitação e educação permanente) e o atendimento das necessidades das pessoas (individuais e coletivas) como pontos essenciais a serem trabalhados na busca por mudanças na relação dos profissionais com os usuários.

Uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde atualmente é a Saúde da Família. Após 1998 essa expandiu-se, – principalmente, pela incorporação da Norma Operacional Básica (NOB) 1996, que passou a pagar por profissional e não mais por procedimento, estabeleceu a transferência fundo a fundo do Governo Federal para as cidades e criou o Piso da Atenção Básica (PAB) (HEIMANN; MENDONÇA, 2005) – ganhou mais visibilidade por parte da mídia, tornou possível pensar os modelos de atenção à saúde como eixo articulador das políticas do Ministério da Saúde, direcionando os dois nós críticos no

processo de reforma da saúde, o financiamento e os recursos humanos. Como deveria ser para uma mudança sistêmica no modelo de atenção à saúde, a ESF essa tem como eixo central a integralidade na atenção.

Para entender mais sobre a política de saúde, no que diz respeito aos modelos assistenciais, e a necessidade de mudança na oferta de saúde para que haja efetivação dos princípios do SUS, é necessário voltar a história da saúde pública no Brasil, para perceber as conquistas já efetivas, identificar o lugar que se está hoje e seus desafios presentes e futuros.

## 2.2 A trajetória da saúde pública no Brasil

A saúde foi trabalhada/tratada com diferentes enfoques durante as diversas épocas no Brasil. A sua organização antes do SUS é identificada por Paim (2009, p. 28) como *não sistema de saúde* que “foi formado ao longo do século XX, tendo como marco principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar”. Fazendo um resgate da Primeira República (1889-1930) até hoje muita coisa mudou, principalmente o entendimento sobre o que é saúde, e do papel do Estado para o desenvolvimento e efetividade da saúde e das condições adequadas de vida e os seus determinantes.

Durante a Primeira República, dentro da saúde pública se desenvolveu o modelo sanitário de atenção à saúde, graças a preocupação com o controle de diversas epidemias que assolavam as cidades (peste bubônica, gripe espanhola) e também se preocupou com a situação do Sertão (Saneamento Rural de 1910), o que representava um avanço para responder a necessidade mais imediata na época: a higienização. Em expedição por essa região, médicos do Instituto Oswaldo Cruz, concluíram que o *Brasil é um grande Hospital* (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, P. 34), o Sertão está abandonado pelo poder público.

Nesta época, o “município era visto como uma ficção no Brasil, expressão de poderes econômicos locais e subordinado à lógica das oligarquias regionais” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 31), segundo a Constituição de 1891 as políticas sociais eram de responsabilidade dos estados<sup>5</sup> (as ações de saúde, saneamento e educação). As cidades eram consideradas pequenos lócus que poderiam facilmente ser corrompidos e revoltar-se contra o governo, concepção que se fortalecerá ainda mais no Governo Vargas.

---

<sup>5</sup> Paim (2009, p.26) aponta que “em 1828 as responsabilidades da saúde pública foram atribuídas às municipalidades”, passando para os estados com a Proclamação da República.

As políticas de saúde começaram a acontecer efetivamente a partir de 1910, graças a alguns fatores como o movimento sanitarista (medicina pautada no paradigma da bacteriologia); o fortalecimento da autoridade do Estado e Governo Federal; interesse das elites políticas de melhorar o quadro sanitário do país e a expansão de um movimento sanitarista que se espalhou pelo país graças a nova geração de médicos higienistas.

A atenção para as epidemias nas cidades, como a peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1910, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970) –, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo (Benchimol e Teixeira, 1993; Stepan, 1976; Luz 1982). Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 33).

A assistência médica só teve reconhecimento legal com a Lei Elói Chaves de 1923 “que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pesões, sendo apontada como o momento inicial de responsabilização do Estado pela regulação de concessão de benefícios e assistência médica”, (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 32). Essas Caixas eram organizadas segundo o princípio de seguro social<sup>6</sup> e destinada a alguns segmentos de trabalhadores públicos. A expansão de instituições de pesquisa e ensino pautados na realidade brasileira é um indicador de mudanças no modo de pensar a saúde e futuramente as práticas de saúde, por entender que essas também estão ligadas a formação profissional.

De 1910 até 1930 é considerada a “era do saneamento” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 37). A saúde nessa época era considerada questão social e grande obstáculo para a civilização. A Primeira República ainda é marcada pela instituição de postos de profilaxia rural no interior e pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, dirigido até 1926 por Carlos Chagas. “Durante a primeira República, foram estabelecidas as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 37), graças aos moldes utilizados para operacionalizar as campanhas sanitárias.

---

<sup>6</sup> O Seguro Social é um direito condicionado pela contribuição direta, deste modo, acessados por alguns.



Durante a Era Vargas (1930-1945) se tem uma clara divisão dos direitos sociais, a oferta de saúde pública estava dividida entre o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MITIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o primeiro era destinado aos inseridos no mercado formal de trabalho marcado pela oferta de serviços médicos e o segundo para os “pré-cidadãos”, ofertado a partir das campanhas sanitárias.

A política de saúde que se estabelecia era caracterizada por alta centralização normativa e descentralização executiva, a fim de garantir forte presença federal nos estados. Tinha-se grande preocupação para que os interesses privados regionais não se sobrepusessem ao federal. “Gradativamente foram sendo criadas novos órgãos e reformulados os que já existiam, fortalecendo-se uma estrutura centralizada e hierárquica com o intuito de estabelecer mecanismos para normalizar e controlar a execução das atividades de saúde de todo o país” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 43).

No entanto, esse modelo enfrentou dificuldades como a ausência de técnicos regionais, falta de recursos financeiros e extensão do Brasil. Em 1937 o DNSP foi substituído pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) o que intensificou a criação de instrumentos como códigos, leis, regulamentos padronizando as atividades e acompanhando o processo de burocratização no país.

A reforma administrativa do MESP, em 1941, conduzida por Barros Barreto, implicou a verticalização das ações de saúde, a centralização e a ampliação da base territorial da ação federal. A análise do organograma do DNS após a reforma, indica a segmentação das ações em serviços nacionais voltados para doenças específicas: febre amarela, malária [...] câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais. Tal estrutura, baseada em ações e campanhas verticalizadas manteve-se praticamente inalteradas até 1956, quando, em decorrência da criação do Ministério da Saúde em 1953, houve a integração de parte expressiva dos serviços e no Departamento Nacional de Endemias Rurais (FONSECA, 2001 *apud* LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 44).

Para atender aos requisitos da gestão da saúde nessa época – centralização normativa e descentralização executiva –, foram criados distritos sanitários, nos quais foram instalados postos de saúde fixos ou itinerantes com o intuito de chegar as regiões do interior dos estados (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). A instância estadual era o foco, o município não era considerado para manter o serviço de saúde, o que possibilitava maior controle por parte do Governo Federal através do sistema distrital.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram instituídas em 1937, e graças as características da saúde pública na época, a sua funcionalidade também esteve atrelada com a

garantia da soberania federal, assim, tinha como intuito promover o intercâmbio de informações e o controle das ações estaduais, deste modo, não se falava em processos deliberativos (SCOREL; BLOCH, 2005, p. 84).

Estavam configuradas as condições para a consagração de **um modelo fortemente centralizado de gestão pública de saúde**. Através da institucionalização, burocratização e profissionalização, definindo o lugar e o papel da saúde no processo de construção do Estado e da Nação. Foram consolidadas as bases de um sistema nacional de saúde pública, que se destinava a uma ampla parcela da população brasileira e definia um formato específico para assegurar determinados direitos para a saúde (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 46 grifos nossos).

Deste modo, mesmo após a saída de Vargas, a saúde pública que passou por um curto período democrático (1945-1964) guardou ranços do período anterior, com estrutura centralizada, programas verticais e ações sanitárias, tendo como novidade um ambiente mais democrático de debates “caracterizado por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos, liberdade de imprensa e organização e demandas por direitos e incorporação” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 46).

Esse período pós Ditadura Vargas é caracterizado pelo otimismo sanitaria/sanitarismo desenvolvimentista, as boas condições sanitárias levariam ao progresso. Assim, programas de controle e erradicação das chamadas doenças tropicais passou a atrair interesse de governos que assumiam liderança, instituições nacionais e organismo internacionais como OMS, OPAS, Unicef e FAO. Para os Estados Unidos, grande potência após a Segunda Guerra Mundial, era preciso a erradicação de doenças como a malária para que o capital, a ciência e a tecnologia pudessem transformar a realidade, o que incorpora o período desenvolvimentista do país, assim a saúde estava dentro da ideia de progresso.

De modo geral, nesse curto período democrático teve como marco institucional a criação do Ministério da Saúde em 1953, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em 1956, como forma de reorganização dos serviços nacionais na área, o que mostra a preocupação ainda grande com o combate as endemias. Principalmente na zona rural, se teve maior discussão sobre a assistência médica, defendida por muitos como quesito que deveria estar na saúde pública, e inaugurou a discussão sobre saúde dentro da esfera política, a exemplo da 3ª Conferência Nacional de Saúde que teve como pontos principais “rediscussão da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 54).

O Golpe Militar de 1964 acabou impedindo que os debates democráticos se frutificassem e enfraqueceu a discussão sobre a ampliação da dimensão da saúde pública, essa passou a ser “relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia”. Em 1966 há a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP’s) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a qual passou a gerir a assistência médica para todos os trabalhadores formais, excluindo os rurais e os informais, em 1974 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)<sup>7</sup>.

Deste modo, no período militar houve um aprofundamento do modelo médico-assistencial hegemônico, com a fortificação da saúde previdenciária, mercantilização crescente do setor e a continuação das ações de saúde públicas pautadas no modelo sanitarista. Em 1967, aconteceu a 4º Conferência Nacional de Saúde, a primeira que teve um tema específico “Recursos Humanos para as atividades de saúde” (SCOREL; BLOCH, 2005, p. 116), no entanto, tratado de forma setorial, pois se almejava o fortalecimento da saúde previdenciária e/ou privada.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associado ao enfoque na medicina curativa foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina de todo o país. Os cursos de medicina desconheciam, de modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalar. O INPS financiou, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61).

Foi diante desse quadro de aprofundamento dos ideais do seguro social nas políticas sociais no Brasil, com o reforço à expansão do sistema privado e redução das ações de saúde pública apenas aos mais espoliados, que vai se desenvolver na década de 1970 o Movimento pela Reforma Sanitária. A RSB era voltada ao sistema de serviços de saúde, deste modo, possuía uma visão ampliada de saúde, na qual tem-se que levar em consideração os determinantes

---

<sup>7</sup> O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

ambientais, sociais, culturais que influenciam a qualidade de vida da população, assim, a organização do SUS é um dos seus resultados, e não o único fim. As categorias, médicos, acadêmicos e cientistas uniram-se a outros movimentos sociais em prol dos direitos civis e sociais a saúde como democracia dentro do regime autoritário.

### 2.2.1 O Movimento pela Reforma Sanitária: avanços na busca pela democracia da saúde

Para o surgimento da Reforma Sanitária Brasileira da década de 1970, foi necessário que os movimentos sociais voltassem a se articular, a questionar a realidade e cobrar mudanças. Escorel, Nascimento e Edler, (2005, p. 63) consideram que foi dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) brasileiros que se começou a organizar o movimento sanitário. A medicina preventiva tinha como conceitos bases a “história natural das doenças, o conceito ecológico de saúde e doença e a multicausalidade” (SCOREL 1999, p. 21)

Esses departamentos surgiram no Brasil pós II Guerra Mundial para difundir a nova abordagem da formação médica, a medicina preventiva, mas passou a ter uma conotação diferentes da do seu país de origem, os Estados Unidos (EUA), no qual enquanto projeto de mudança da prática médica “a medicina preventiva representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos EUA e uma proposta alternativa a intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico (AROUCA, 1975, p. 239 *apud* SCOREL, 1999, p. 20)

A tese *Crítica a Medicina Preventiva* de Antonio Sérgio Arouca é um marco da Reforma Sanitária e dentro da formação de estudantes e professores de medicina, estes a partir da leitura que o autor fez sobre a medicina preventiva,

[...] passaram a pensar criticamente sobre as determinações econômicas, sociais e políticas que marcavam o exercício da medicina, especialmente no contexto brasileiro, no qual ocorria a capitalização e privatização da assistência médica previdenciária, eixo da política de saúde do regime autoritário (AROUCA, 1975, *apud* TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 454).

No mesmo sentido foi a publicação da tese de livre docência de Maria Cecilia Donnangelo, *Saúde e Sociedade* em 1976, a sua reflexão possibilitou a criação de vários estudos

inclusive o do Grupo de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), que a época subsidiou a crítica a medicina comunitária, essa, segundo Campos (2005), era como se operacionalizava a saúde pública.

A preocupação com a organização das práticas de saúde começou a ser fomentada dentro dos DMP se discutindo os limites e as possibilidades das propostas de reforma do ensino e da prática médica (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 454). A crítica a medicalização da sociedade, dentro dos DMP subsidiou o Movimento de Reforma Sanitária, liderado inicialmente pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes).

O Cebes foi criado em 1976 para viabilizar as propostas da RSB, tendo como principal veículo a Revista *Saúde em Debate*, já em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a qual pode introduzir uma nova dinâmica a residência médica que passou a formar dentro da área sanitária, mesmo ano em que o Cebes passou a ser órgão de consultoria técnica.

A medicina comunitária apesar de avançar em alguns aspectos da medicina preventiva – como “o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais [...]” destinados a “possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades “problemáticas”, através da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 304) – é signatária desta, pois deixa intocado a estrutura do modelo médico-assistencial hegemônico. No Brasil a medicina comunitária foi introduzida por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), no intuito de poder influenciar a organização da saúde no continente, enfatizando as ações simplificadas, destinando as suas ações dos programas comunitários para as populações excluídas do cuidado em saúde.

Em fins da década de 1960, desenvolveu-se na América Latina uma forte crítica aos efeitos negativos da medicalização. Os programas de medicina comunitária propõem a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde, com a atenção primária realizada por pessoal não-profissional e a valorização da medicina tradicional, essa discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais teve o seu ponto culminante com Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, quando se reafirmou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem sob a responsabilidade política dos governos, e se reconhece a sua determinação intersectorial (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 63-64).

Após a Conferência de Alma Ata, houve a reafirmação da saúde como direito do homem, e estabeleceu a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da Saúde Para Todos no ano 2000 (SPT-2000), e na Década de Oitenta, ainda há a integração da saúde comunitária nas propostas de reforma setorial no Brasil e outros países subdesenvolvidos, com o rótulo atualizado de SILOS (Sistemas Locais de Saúde) (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 305), na segunda metade da década de 1980.

O ano de 1974 é marcado politicamente no Brasil, pela posse do general Ernesto Geisel, no seu governo se começou a perceber indicações sobre o retorno à democracia. O Estado criou novas instituições para estimular as políticas sociais, como

O setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoa de Saúde da Organização Pan-americana da Saúde (Ppreps/Opas) que serviram como pilares institucionais que estimularam a estruturação e a articulação do movimento sanitário (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 66).

Estas instituições também foram estimuladoras da Reforma Sanitária. Nelas estavam inseridas pessoas movimento sanitário, fazendo com que esse ganhasse mais força e se articulasse ainda mais. Os intelectuais da reforma sanitária, com a sua inserção em órgãos do governo, desenvolveram projetos para provar que suas ideias eram exequíveis, mesmo na contramão do ideário militar foram sendo implementados projetos que articulavam “regionalização, hierarquização, administração burocrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 69), que são os princípios do Projeto Montes Claros (MOC) que apresentou a articulação entre saúde e organização política.

O MOC passou a ser base para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) que foi criado para legitimar o regime, no entanto, incorporou “uma abordagem médico-social ao pensamento sanitarista desenvolvimentista, significando, assim, a viabilização e expansão do que fora experimentado no MOC, favorecendo, por outro lado, o avanço do movimento sanitário” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 71). O Piass foi implantado em 10 estados e teve apoio dessa instância, além de ser a semente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) em 1980.

Na década de 1980 se tem a abertura política. Em 1986 foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como presidente Sérgio Arouca, esse evento é considerado marco no processo democrático de luta pela saúde pública universal, nele foi lançado os princípios do que viria a ser o SUS: universal, igualitário e integral. Alguns temas debatidos dentro da 8ª CNS foram a ampliação do conceito de saúde; natureza do novo sistema de saúde: estatal; unificação do Inamps com o Ministério da Saúde; os recursos para a saúde, sendo pensado que deveriam provir de várias fontes, inclusive do orçamento que sustentava o Inamps, desde modo aprovando um sistema único de saúde autônomo em relação a previdência.

A partir desse momento houve uma maior abertura para se pensar concretamente: na ampliação dos serviços; na qualidade no acesso e nos modelos de atenção à saúde que contemplassem esses princípios. Ao mesmo tempo continuou se desenvolvendo um Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS), que foi reconhecido como complementar a atenção à saúde oferecida pelo SUS. “Este setor privado, aparentemente paralelo ao SUS, dispõe de várias conexões com o setor público, tornando o sistema de serviços de saúde no BRASIL mais complexo e segmentado, com distintos padrões de acesso, qualidade e integralidade da atenção” (PAIM, 2006, p. 13).

Incorporando princípios como universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária, foi implantado em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que avança quanto aos princípios e maior repasse de recursos federais para os estados e municípios, no entanto, ainda estava ligado ao Inamps, não rompia com a lógica previdenciária na saúde. Deste modo, pode ser considerado um estágio de maturação para o desenvolvimento do SUS.

Concomitante a criação do SUDS foi instalada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) que “apesar de seu caráter fortemente institucional e bastante ambíguo em relação a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a CNRS foi capaz de elaborar uma proposta de conteúdo de saúde que subsidiou a Constituinte, além de um projeto para a Lei do SUS” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 80).

Em 1988 é promulgada a nova constituição, chamada de “Constituição Cidadã” na qual a Saúde passou a ser considerada um dos tripés da Seguridade Social, junto com a Assistência Social e a Previdência Social. No artigo 196 a Saúde é delineada como direito de todos e dever do Estado. Após essa conquista, ainda era preciso a criação da lei que tornaria operacional o que estava previsto na constituição, essa viria a ser aprovada no governo do primeiro presidente eleito diretamente na Nova República, Fernando Collor de Melo, representante das forças conservadoras. Assim, a Lei Orgânica da Saúde 8080/1990 sofreu alguns vetos, sendo que

alguns destes foi reparado na Lei 8142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Por isso, considera-se que estas duas leis compõem o que se chama de Leis Orgânicas do SUS.

### 2.3 A Estratégia de Saúde da Família na estruturação dos modelos de atenção à saúde dentro do SUS

É preciso reconhecer que para a implementação do SUS na sua concepção original torna-se necessário enfrentar os obstáculos estruturais e/ou políticos presentes a partir da década de 1990. Sem dúvida, a década de 1980 representou um avanço na direção da democratização do acesso à saúde e outras políticas sociais, porém, as políticas sociais com um recorte universal foram tensionadas por tendências que se expressaram no país através da adoção de políticas de estabilização da economia e de ajuste estrutural com corte nos gastos sociais e privatização com redução do papel do Estado, o Neoliberalismo.

Diante do forte conteúdo político-ideológico neoliberal das reformas, os princípios e diretrizes do SUS estavam situados na contracorrente do processo de reforma democrática do Estado. Desafios e novas perspectivas precisavam ser formulados mediante a necessidade de oferecer respostas mais efetivas em relação aos principais problemas que afetam à saúde da população brasileira, ampliando a resolubilidade e a qualidade dos serviços de saúde.

O SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo e concebe a saúde como resultante dos determinantes social, econômico e cultural. Visa atingir os princípios da universalidade, integralidade e equidade, e se organiza a partir da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

No inciso IX da Lei 8080/1990 é colocado com diretriz organizativa a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. O reconhecimento do município como lócus estratégico para pensar a saúde da população é uma conquista social, provinda também do movimento sanitário, visto que possibilita o reconhecimento das necessidades locais com as suas especificidades e o controle social pela população, característica que era temida pelos governos autoritários.



A hierarquização das ações e serviços de saúde no SUS, é dividida por nível de complexidade, sendo, Atenção Primária ou Atenção Básica, Atenção Secundária (AS) e Atenção Terciária (AT), simplificadamente: a primeira caracteriza-se por abarcar mais demandas do SUS, responsável pela prevenção de doenças, promoção e proteção da saúde; a segunda é intermediária, visa atender aos principais problemas e agravos da população; e a terceira envolve maior uso de tecnologia, maior custo.

Desta forma, mesmo contra as forças econômicas e de forma fragilizada, o SUS foi sendo estruturado. Em 1994, passou a desenvolver propostas de atenção primária à saúde com vistas a integração entre as ações preventivas e curativas, com o Programa Saúde da Família (PSF), que teve como objetivo a reorganização da Atenção Básica, buscando avançar na regionalização, chegar a todos os cidadãos, reorientado o modelo de atenção à saúde e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Antes de 1994 a Saúde da Família foi criada como um programa verticalizado para o combate da epidemia de Cólera no Norte e Nordeste.

A Saúde da Família tem origem na Medicina Familiar de meados de 1960 nos EUA, criada primeiro para a reestruturação do ensino, chegando a América Latina se deslocou das instituições de ensino para os serviços, e no Brasil foi fundamentação política para a Atenção Primária em Saúde (APS), pois ampliou o objeto do trabalho e da prática médica dos indivíduos para as famílias, aproximou-se dos princípios da medicina comunitária, entretanto, vai além da clínica, especialmente no que se refere a epidemiologia e da administração e planejamento em saúde.

De fato, uma análise da concepção brasileira da Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Primária, ou como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica (MS, 1998; 2000) (TEIXEIRA, 2006, p. 40-41).

Em trabalho escrito em 2005 Heimann e Medonça traça fases do desenvolvimento do PSF no Brasil: de 1994 a 1995 fase de emergência; 1995-1997 fusão entre PACS e PSF; 1997 a 2002 expansão e 2003-2010 consolidação e expansão planejada.

A adoção da estratégia do PSF como política nacional estruturada ocorre a partir de 1994, visando a reorganização do SUS e ao aprofundamento da municipalização. Resultou de esforços conjuntos dos gestores de diversos níveis de governo em encontrar uma resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico de saúde brasileiro centrado na doença e na assistência médica individual e à fragmentação da assistência quanto à prevenção e cura (HEIMANN; MEDONÇA, 2005, p. 488).

O fim institucional da assistência médica previdenciária se dá em 1993 com a extinção do INAMPS, no entanto, os ideais e forma organizacional deste ainda estava/está impregnado no modo de organizar os serviços e ações de saúde, que são perpassados também pelos serviços filantrópicos e particulares. O ideal de qualidade desenvolvido pela população estava/está dentro dos serviços privados e previdenciários, o SUS é visto como o “SUS<sup>8</sup>”. Deste modo, muitos são os desafios para avançar na consolidação do SUS e da Saúde da Família, pois é necessária a participação popular (TEIXEIRA 2006).

A partir de 1988 há uma série de elementos que qualificam a expansão da ESF, como a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996, que consente um Piso para a Atenção Básica, define a transferência fundo a fundo, solidificando a gestão descentralizada. A mudança de modelos neste documento é vista como “a associação dos enfoques clínico e epidemiológico”, como construção da demanda coletiva e não mais individual. Também colabora com a expansão desse nível de atenção, a aprovação do manual de organização da AB em 1998 que foi um esforço para tornar o sistema de saúde mais eficiente e consolidar vínculos entre os serviços e a população e, contribuir para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência e pode-se citar também como avanço a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 1998.

Assim, a ênfase que existia nos documentos na virada do século XX para o XXI, na saúde, era com a descentralização, regionalização para que a saúde pudesse chegar às pessoas, e interagir com os diferentes atores sociais. Entretanto a preocupação gerencial e organizativa, fez com o que a discussão sobre os modelos de atenção à saúde fosse reduzida a ampliação da clínica com a incorporação da epidemiologia, a atenção básica seria o *locus* de realização dessa consolidação do SUS. Até que ponto essa realidade foi superada?

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 o PSF é colocado como estratégia para a organização da AB segundo os preceitos do SUS, passando então a ser

---

<sup>8</sup> Expressão vista pela autora dentro de uma sala de espera de hospital do SUS. Esta traz uma carga pejorativa, o SUS não seria suficientemente acolhedor e integral, o uso de seus serviços seriam mediados por condições impensáveis, assustadoras.

chamada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), deste modo, um trabalho contínuo que deve ser desenvolvido dentro de territórios delimitados.

Em 2012 o Ministério da Saúde aprova uma nova PNAB, que revisa as diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS, deste modo, partir-se-á dessa normativa mais atual para descrever a AB segundo os preceitos governamentais.

A Atenção Básica segundo a PNAB 2012, tem como características as ações em saúde em âmbito individual e coletivo, que devem abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Precisa ser desenvolvida através do trabalho em equipe dentro de um território, requerendo conhecer a dinamicidade, as necessidades, os riscos, vulnerabilidades e resiliência deste, além de ter como imperativo ético que toda demanda, necessidades de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É o nível de atenção mais próximo das pessoas, desenvolvido de forma descentralizada. A AB deve trabalhar em rede com os outros níveis de atenção em saúde, sendo o centro desse conjunto, por melhor conhecer a população. É guiada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, MDS, 2012, p. 19-20).

Os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, apregoados por sua Política Nacional (2012), são cinco: I- ter território limitado sobre o mesmo; II- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; III- adscrever os usuários e 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- coordenar a integralidade em seus vários aspectos e V- sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

As funções comuns a todos trabalhadores têm como eixo principal a pessoa, a família e a comunidade, tendo em vista todos os movimentos e necessidades postas e apreendidas por estes; as atividades propostas devem visar o desenvolvimento da atenção e do cuidado. Assim, se percebe a necessidade do envolvimento de todos os trabalhadores da saúde no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

O trabalho na AB tem o intuito de identificar e atender as demandas dos usuários, devendo sempre atualizar a gestão municipal da situação de cada família, não restringir o seu atendimento apenas as unidades, pois a estratégia de trabalho deve estar na família e nas necessidades em saúde desta, também em realizar ações que integrem promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. O planejamento das ações deve ser uma prática, mas os profissionais devem estar aptos a atender demandas espontâneas.

O atendimento com o usuário deve ser marcado pelo estabelecimento de vínculo e pela responsabilidade em dar continuidade a atenção. Mesmo precisando da saúde nos outros níveis, o acompanhamento na AB deve continuar. As práticas de educação e saúde devem ser estimuladas, bem como a promoção da participação da comunidade quanto à organização e educação permanente da equipe. Essa deve realizar reuniões avaliando as ações implementadas, formulando estratégias e identificando parceiros na comunidade. Especificamente sobre o trabalho da ESF

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 54).

De um modo geral, cada equipe de saúde da família deve ser composta por no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por ACS), cada profissional só pode compor uma equipe, pois o trabalho é de 40 horas semanais, cabendo exceção apenas ao médico. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 e no mínimo 2.400 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000. Aconselha-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, não sendo invalidada a presença de outros profissionais na mesma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 55).

Na política está colocado que é função das equipes da atenção básica “implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 42), é colocado a AB parte estratégica para solidificar os princípios do SUS, e a ESF é um elemento principal neste processo. Se alcançando a universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação social a exemplo, se chegaria a um novo modelo de atenção à saúde, como o que foi almejado pela Reforma Sanitária, a partir de todos os determinantes da saúde. No entanto a PNAB reforça uma normatividade gerencial e política de como desenvolver a ESF. Será que a sua estruturação está conseguindo reordenar o modelo de atenção à saúde, ainda que no âmbito da AB? Até que ponto se desvincula do modelo médio-assistencial hegemônico? Ou se aproxima da sua permanência dentro do sistema de saúde brasileiro atual?

Teixeira e Solla (2005) reconhecem a Saúde da Família como possibilidade de mudança no modelo de atenção em larga escala, no entanto, colocam que mesmo com o crescimento constante dos recursos para a AB, os Pactos de Indicadores, há muita heterogeneidade com a implantação das equipes de Saúde da Família, o que os levou a considerar do ponto de vista organizacional que

[...] os resultados alcançados pela estratégia do PSF, é forçoso admitir que ainda não ocorreram mudanças significativas na direção da sonhada ‘reversão do modelo de atenção à saúde, de modo a que venha privilegiar as ações de promoção e vigilância, redefinindo as ações de assistência. Tudo o que vem se fazendo, de certo modo, significa a racionalização do modelo hegemônico, na medida em que se amplia a oferta de serviços básicos, permitindo, em algum grau, a reorientação do fluxo da demanda aos serviços de média e alta complexidade, paralelamente à intensificação de ações de epidemiologia e controle de doenças que no máximo conseguem reduzir as insuficiências historicamente acumuladas no âmbito das ações de saúde pública, tentando modernizar as práticas de vigilância em saúde para dar conta dos novos e velhos desafios epidemiológicos decorrentes da específica situação sanitária da população (TEIXEIRA; SOLLA 2005, p. 471).

Entendendo que a realidade é dinâmica, e o objeto está dentro desta realidade, já se passaram dez anos que essas considerações foram feitas, de modo, que como foi apresentado acima, muitas normativas foram criadas nesse período para a ampliação da ESF<sup>9</sup>, tendo como objetivo 100% de cobertura populacional e a reorganização do modelo de atenção à saúde.

---

<sup>9</sup> Ainda se pode acrescentar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) em 2012 e o Programa Mais Médicos (PMM) de 2013.

Assim, uma nova investigação sobre a efetividade dessa estratégia dentro do SUS se faz necessária, para se saber quais elementos da realidade ainda permanecem e quais foram modificados. A pesquisa que se apresentará no próximo capítulo terá como lócus a cidade de Cachoeira-BA.

### 3 A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CACHOEIRA-BA: uma análise a partir de dados da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

Este capítulo tem um caráter descritivo e analítico. É feita uma breve contextualização sobre a cidade de Cachoeira e discutido a partir de fontes secundárias, a relação entre a cobertura da ESF e o indicador “Internação por Condições Sensíveis a Atenção Básica” no município supracitado. Apresentando também as configurações do novo ciclo de gestão do SUS inaugurado como o Decreto 7508/2011 que regulamenta a Lei 8080/1990.

Teixeira (2006), como já citado, coloca que a mudança no modelo de atenção tem que articular ações a nível macro que impacte diretamente no micro, deste modo, justifica-se apreender o movimento de organização das regiões de saúde na Bahia, para localizar o modo de organização dos serviços e oferta de saúde da cidade de Cachoeira, ou seja, um movimento que permita alcançar o modelo de atenção à saúde desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família na supracitada cidade. Até que ponto a cobertura está impactando nas condições de saúde da população? Houve o incremento da discussão sobre os modelos de atenção dentro da organização dos serviços? Há a problematização do modelo de atenção à saúde que se operacionaliza a partir desse novo ciclo de gestão? Até que ponto podemos afirmar que ESF avançou nas práticas de saúde de promoção? Prevenção? Integralidade?

#### 3.1 A Cidade de Cachoeira-Ba: entendendo a dinâmica social do *lócus* da pesquisa

A cidade de Cachoeira guarda um significado histórico importante para o país, além ser um lugar estratégico na Colônia por ligar a região do Recôncavo e do Sertão, no século XVIII experimentou o desenvolvimento pelo alto preço do açúcar e o abundante ouro do Rio de Contas, também foi pioneira no movimento emancipador do Brasil. Em 25 de Junho de 1822<sup>10</sup>, antecipando o Grito do Ipiranga, Cachoeira já proclamava o Príncipe D. Pedro I como Regente, lançando a semente, que frutificou em 2 de Julho de 1823, quando a Bahia definitivamente

---

<sup>10</sup> A Lei Estadual nº 10.695/07, aprovada pela Assembleia Legislativa e sancionada pelo governador Jaques Wagner, prever que na data de 25 de junho de todos os anos subsequentes Cachoeira como a capital da Bahia.

tornou-se livre do jugo português, consolidando a Independência do Brasil que ocorreu em 07 de setembro de 1822<sup>11</sup>.

Em 13 de março de 1837, por força de decreto provincial, Cachoeira foi elevada à categoria de cidade com a denominação de Heroica Cidade da Cachoeira - Lei Nº. 43. A partir de 1940, Cachoeira, assim como outras cidades estratégicas no período Imperial, entrou em uma fase de grande declínio econômico, à medida em que crescia o processo de isolamento provocado pela revolução dos meios de transportes, que deixou ter como centro a ferrovia para a construção de estradas de rodagem. A ferrovia e o transporte fluvial, que sempre representam fator preponderante em Cachoeira, se tornaram obsoletos, este último decaiu tanto que chegou a ser suspenso. Outro fator chave para este declínio, diz respeito ao fim da Segunda Guerra Mundial e a perda da Alemanha, pois os donos das fábricas de charuto na região eram alemães, e esse fato dificultou a exportação. Decaindo, então a plantação, trato e produção a partir do fumo, fábricas chegaram a ser fechadas posteriormente, com isso muitas pessoas perderam seu trabalho nas fábricas e nas plantações.

Cachoeira possui 34.394 habitantes (IBGE 2014)<sup>12</sup> espalhados em uma área de 400km<sup>2</sup>, atualmente a cidade vive momentos de valorização que estão possibilitando a superação desta fase de decadência: a instalação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) em 2006, reformas e requalificação de imóveis antigos pelo Programa Monumenta<sup>13</sup> (mas mesmo assim, ainda há muitos prédios em ruínas que precisam ser restaurados), além da realização de vários eventos que já fazem parte da sua história que estão atraindo mais turistas (como a Festa da Irmandade de Boa Morte, a Festa da Ajuda, o São João do Porto) e novos eventos que estão entrando no calendário cultural da cidade (como a Festa Literária Internacional de Cachoeira (FLICA) e o Cachoeira Doc), mesmo assim, convive com a taxa de pessoas em extrema pobreza em 18.06%, segundo dados do Atlas de Desenvolvimento Humano de 2013, mostrando também, grande desigualdade social.

Deste modo, ainda há uma Cachoeira polarizada entre um Centro arquitetadamente histórico que atrai turistas e eventos, e locais periféricos e rurais nos quais mais de cinco mil

---

<sup>11</sup> Acessado no sitio da Prefeitura Municipal de Cachoeira, disponível em: <<http://www.prefeituradecachoeira.ba.gov.br/>>. Acessado em 22/12/2015. E IBGE Cidades, disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/1494>>. Acessado em 22/12/15.

<sup>12</sup> Resolução IBGE Nº 2, de 26/08/2014, Publicação no D.O.U. 28/08/2014.

<sup>13</sup> O Monumenta é um programa estratégico do Ministério da Cultura. Seu conceito é inovador e procura conjugar recuperação e preservação do patrimônio histórico com desenvolvimento econômico e social. Ele atua em cidades históricas protegidas pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan). O Monumenta, que conta com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o apoio da Unesco (IPAC). Disponível em: <<http://www.ipac.ba.gov.br/preservacao/monumenta>>. Acessado em: 05 de dezembro de 2015).



peessoas sobrevivem com menos de R\$77,00 per capita<sup>14</sup>. A implantação da UFRB possibilitou a oportunidade de cursar o nível superior em instituição pública federal na própria cidade ou no Recôncavo, o aumento do ingresso de cachoeiranos na instituição é sensivelmente percebida a cada ano. Especificamente, a presença da instituição em Cachoeira trouxe mais moradores, o que influenciou o aumento no preço dos alugues, alimentação, movimentação do mercado imobiliário e alimentício local, ainda suscitando a abertura de pequenos comércios como lanchonetes e vendedores ambulantes, as mudanças econômicas também são registradas no o estudo de Henrique (2009),

Observamos um maior empobrecimento e uma exclusão dos moradores do local das “benesses” do desenvolvimento econômico que chega com a Universidade. Neste processo, muitas tradições acabam por ser transformadas, abandonadas e esquecidas. Na paisagem constatamos uma proliferação de refuncionalizações e/ou substituição das antigas formas, algumas simbolicamente representativas para a população, que agora se sente impedida de usufruí-las (HENRIQUE, 2009, p. 98).

Assim, ainda é dispare o alcance das novas políticas que se instalam na cidade de Cachoeira, estas acabam beneficiando diretamente pequena parte da população, devendo deste modo haver mais preocupação com a população desassistida para que esse quadro de desigualdade se altere. Especificamente sobre a UFRB, ainda está em processo a interação desta com a comunidade apesar dos 10 anos de instalação.

Caracterizando a cidade dentro da política de saúde, esta está localizada na Microrregião de Saúde<sup>15</sup> de Cruz das Almas que engloba nove (9) Municípios: Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Conceição da Feira, Cruz das Almas, Governador Mangabeira, Maragogipe, Muritiba, São Félix e Sapeaçu que em soma totalizam de 269.949 habitantes. Cachoeira está dentro da Macrorregião Leste – Núcleo Regional de Saúde Leste<sup>16</sup>, que tem a sede em Salvador. No que diz respeito à Território de Identidade<sup>17</sup> Cachoeira pertence ao Recôncavo da Bahia,

<sup>14</sup> Este valor foi o estabelecido pelo Programa Bolsa Família no ano de 2015.

<sup>15</sup> Antiga Região de Saúde modificada pela RESOLUÇÃO CIB Nº 275/2012, de acordo com o Decreto/MS 7508/2011.

<sup>16</sup> Através da Lei Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014, Diretorias Regionais de Saúde – DIRES (que eram 31) foram extintas e foram criados os Núcleos Regionais de Saúde – NRS (que são 9).

<sup>17</sup> Com objetivo de identificar oportunidades de investimento e prioridades temáticas definidas a partir da realidade local de cada Território possibilitando o desenvolvimento equilibrado e sustentável entre as regiões, o Governo da Bahia passou a reconhecer, em seu Planejamento Territorial, a existência de 26 Territórios de Identidade, constituídos a partir da especificidade dos arranjos sociais e locais de cada região. Sua metodologia foi desenvolvida com base no sentimento de pertencimento, onde as comunidades, através de suas representações, foram convidadas a opinar (MS. SESAB. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/Result\\_Territorio.asp](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/Result_Territorio.asp)>. Acessado em 05 de dezembro de 2015).

que é composto por 20 municípios<sup>18</sup>, “é uma região onde se concentram relações econômicas e políticas conflitivas, que surgem das novas formas de concentração de poder econômico: a predominância indiscutida da influência da produção de petróleo e derivados e a renovação da produção canavieira” (PEDRÃO, 2007, p. 9).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a cidade de Cachoeira possui 40 equipamentos de saúde: um centro de atenção psicossocial, 13 Unidades de Saúde da Família-USF, oito clínicas/centros de especialidade, 10 consultórios isolados, um hospital geral, quatro policlínicas, uma academia de saúde, uma unidade de diagnose e terapia (SADT isolado) e uma unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, sendo 20 equipamentos públicos. Pode-se observar no quadro abaixo a distribuição das USF no município.

<b>Qtd</b>	<b>Unidade de Saúde da Família</b>	<b>Rua – Bairro – Povoado</b>	<b>Zona</b>
1	Agnaldo Ribeiro Costa	Povoado do Tororó, Tororó*	Urbana
2	Almerita Da Silva Moreira	Povoado de Belém	Rural
3	Aniceto Machado	Povoado do Iguape	Rural
4	Antônio Estevão	Povoado de São Francisco	Rural
5	Aristides Novis	Rua Martins Gomes, Centro	Urbana
6	Bom Jesus	Tabuleiro da Vitória	Rural
7	Carlos Santos Lago	Praça Principal da Murutuba,	Rural
8	Iza Lobo	Rua Benjamin Constant, Ladeira da Cadeia	Urbana
9	Izidro Lobo	Bairro do Pitanga, Centro	Urbana
10	Justiniano de Jesus	Povoado de Alecrim	Rural
11	Marciana Andrade do Carmo	Povoado da Opalma	Rural
12	Maria Madalena	Povoado do Saco	Rural
13	Oscar Reis	Bairro de Capoeiruçu**	Rural

QUADRO 1: Unidades de Saúde da Família do município de Cachoeira-BA em 2015

Fonte: DATASUS-CNES. Acessado em 07/12/2015. Adaptado pela autora.

\* Segundo o sítio oficial da Prefeitura municipal de Cachoeira esta unidade se localiza no Bairro do Caquende

\*\* Segundo o sítio oficial da Prefeitura Municipal de Cachoeira Capoeiruçu é um Distrito da referida cidade.

<sup>18</sup> Muniz Ferreira, Dom Macedo Costa, Castro Alves, Muritiba, Cruz Das Almas, Maragogipe, Conceição Do Almeida, Santo Amaro, São Francisco Do Conde, São Felipe, Governador Mangabeira, Sapeaçu, Nazaré, Saubara, São Sebastião Do Passé, Santo Antônio De Jesus, Varzedo, Cabaceiras Do Paraguaçu, Cachoeira e São Félix. (Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/Result\\_Territorio.asp](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/Result_Territorio.asp)>. Acessado em 05/12/ 2015).

Todas essas unidades possuem uma equipe de saúde da família. Dessas, cinco participam do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), são elas: Aristides Novis, Izidro Lobo, Iza Lobo, Agnaldo Ribeiro Costa e Almerita da Silva Moreira, ou seja, quatro da Zona Urbana e uma na Zona Rural. A cidade ainda faz parte do Programa Mais Médicos e do PROVAB, possuindo um total de cinco vagas autorizadas para médicos. Estando assim, o município, vinculado aos programas para fortalecimento da cobertura e atendimento na AB.

Em 2011 as cidades da Bahia – que aderiram através dos Núcleos Microrregionais – puderam ter acesso a Formação sobre Acolhimento Pedagógico (AP) para as equipes da ESF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esta formação parte da lógica de Educação Permanente e tem como fio condutor o território, as necessidades de saúde e o trabalho em equipe, pois acredita que para mudanças no modelo de atenção é necessário um olhar crítico sobre o processo de trabalho. Esta proposta estadual teve como objetivo conseguir integrar a equipe e esta à comunidade, através de uma relação horizontal. Deste modo, a discussão sobre o acolhimento pedagógico no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) está concatenada com a proposta nacional de ampliação e fortalecimento da Atenção Básica, esta enquanto reorientadora do modelo de atenção à saúde.

Em 2011 foi aprovado o Decreto 7.508 que “regulamenta a Lei 8080/1990, e a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências” (PERAMBULO), este inova com as *redes de saúde* – estas têm como centro as regiões de saúde, e o contrato entre cada integrante da Região – para a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, segundo acordos firmados nas CIT (Comissão Intergestores Tripartite), CIB (Comissão Intergestores Bipartite), CIR (Comissão Intergestores Regional), esta última foi criada por esse decreto e é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Assim, este decreto reafirma a AB como ordenadora do sistema de saúde, coloca a regionalização como centro da organização do planejamento em saúde, indicando a criação de mecanismos de pactuação entre municípios, estados e união de modo harmônico para que os serviços de saúde possam atender toda a população, inaugurando, deste modo, um novo ciclo de gestão do SUS, aprimorando seus processos e práticas.

Tendo em vista este decreto foi definida de forma tripartite as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do

Sistema Único de Saúde e à implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap).

Para auxiliar no processo de planejamento e na definição de metas foi criado o “Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015” que dispõe sobre o rol único de indicadores a ser utilizado pelos gestores no processo de planejamento de cada ente, em consonância com o planejamento regional integrado e na formalização do Coap 2013-2015. Visando auxiliar os entes federados na definição das metas, este caderno apresenta orientações relativas ao processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015. Esse mecanismo facilita o monitoramento, a abrangência das ações e seu controle, estabelece metas, reorganiza assim as ações de planejamento em saúde a partir do território, entretanto, é importante problematizar os dados dos indicadores que tais pactos estão deixando explícito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Tais indicadores estão disponibilizados no DataSUS e no Sistema de Pactuação dos Indicadores (Sispacto) e será através do indicador de internações por condições sensíveis a Atenção Básica (Icsab), no que diz respeito tanto a pactuação municipal, quanto os resultados mensurados, se analisará a correlação cobertura da ESF e condições de saúde da população.

### 3.2 Cobertura da ESF *versus* indicadores de saúde: aproximações e desafios

A cidade de Cachoeira, como falado anteriormente, possui 13 USF o que lhe confere uma cobertura de 100% de atenção de acordo com os parâmetros da PNAB 2012, que determina que a cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 e mínimo de 2.400 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, deste modo como a cidade possui 34.394 habitantes, e com as 13 equipes de saúde da família implementadas se tem uma média de 2.645 pessoas para cada equipe. No entanto, esta divisão não deve ser feita numericamente, mas de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias de um determinado território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade adscrita de pessoas por equipe.

Segundo o histórico de implementação de equipes de saúde da família na cidade<sup>19</sup>, as duas primeiras foram implantadas em fevereiro de 2000, enquanto os agentes comunitários de

---

<sup>19</sup> DAB. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acessado em 17/12/2015.

saúde datam do final de 1988 com 44 agentes. A primeira vez que foi considerada 100% a cobertura de ACS foi em abril de 2002 com 66 trabalhadores, enquanto a da ESF foi no mês de fevereiro de 2006 com a implantação de 10 equipes de saúde da família. Anteriormente, entre 2004 a janeiro de 2006 variava entre 6 a 9 equipes, com uma percentagem de 67 a 89% de cobertura. Nos anos subsequentes à 2006 a cobertura ficou em torno de 100% tendo uma queda nos meses de março a setembro de 2012 variando entre 75 e 85%, voltando a ser 100% no mês de outubro 2012 (Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE).

Segundo dados do Sispacto, o município pactuou de 2012 a 2015 (período que tem registro deste banco de dados) 100% de cobertura populacional para a Atenção Básica. Como podemos observar no quadro abaixo:

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2012</b>	<b>Meta 2013</b>	<b>Meta 2014</b>	<b>Meta 2015</b>
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	100%	100%	100%	100%

QUADRO 2: Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, Cachoeira-BA: Cobertura pela AB

Fonte: Ministério da Saúde – SISPACTO. Acessado em 19/11/2015. Adaptado pela autora.

Esta realidade da cobertura é muito dinâmica, como os dados do Departamento da Atenção Básica (DAB) proporciona uma análise mensal, pode-se verificar de 2012 até o mês de outubro de 2015, que: em 2012 seis meses ficou abaixo de 100%; em 2013 a cobertura manteve-se em 100%; em 2014 manteve-se em 100%, variando um mês para 74%; quanto a 2015 a cobertura estava em 100% até setembro, variando em outubro para 96%. Deste modo, apesar de se considerar que o município alcançou a meta de 100%, esse é um dado genérico.

Estes indicadores ainda mostram que a cobertura populacional apesar da maioria das vezes estar em 100% há variação na quantidade de equipes, entre 11 a 13, a exemplo do ano de 2015, que até setembro contou com 11 equipes<sup>20</sup> equivalentes a 100% e em outubro 9 equipes equivalentes a 96%. Isso indica que a percentagem de cobertura pode estar sendo feita pela divisão quantitativa de pessoas da cidade por número de equipes, sem considerar as realidades locais, os territórios; apresentam ainda uma rotatividade grande de profissionais nas equipes, já que existe queda de número de equipes por mês. O que leva a gargalos na efetivação de uma atenção básica de qualidade que leve em consideração as necessidades de saúde da população e criação de vínculos entre equipe e comunidade.

<sup>20</sup> Em pesquisa de campo no ano de 2015, foi informado informalmente pela coordenadora da AB municipal que as 13 USF estavam funcionando, algumas estavam, no entanto, sem a presença de médico (a).

Ainda sobre o rol de indicadores de pactuação, desde de 2013 foi criado o Indicador de Proporção de Internações por Condições Sensíveis a AB com o lançamento do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Segundo este são 17 (dezessete) as condições sensíveis: 1. Doenças evitáveis por imunização e outras Doenças Inflamatória Pélvica; 2. Gastroenterites infecciosas e complicações; 3. Anemia; 4. Deficiências nutricionais; 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 6. Pneumonias bacterianas; 7. Asma; 8. Bronquites; 9. Hipertensão; 10. Angina; 11. Insuficiência cardíaca; 12. Diabetes mellitus; 13. Epilepsias; 14. Infecção no rim e trato urinário; 15. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 16. Doença inflamatória nos órgãos pélvicos femininos; 17. Síndrome da Rubéola Congênita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 35). Pode-se apreender que essas estão correlacionadas a condições sociais e econômicas como moradia, trabalho e alimentação, deste modo, dizem respeito a ações de prevenção e promoção da saúde.

Justifica-se a criação deste indicador para que possa ser desenvolvida “a capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 34). Desde a criação deste indicador podemos ver abaixo a pactuação de Cachoeira.

<b>Indicador</b>	<b>Meta 2013</b>	<b>Meta 2014</b>	<b>Meta 2015</b>
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (icsab)	39,64%	37,55%	39,74%

QUADRO 3: Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, Cachoeira-BA: Icsab  
Fonte: Ministério da Saúde – SISPACTO. Acessado em 19/11/2015. Adaptado pela autora.

Apesar das oscilações, em geral, desde 2006 a cidade de Cachoeira possui 100% de cobertura de AB, segundo as fontes de dados citadas, e como pode-se observar acima, a meta pactuada para a Icsab está com um valor muito alto, ou seja, em quase 10 anos de atuação plena da AB esperava-se que a pactuação estivesse com um percentual menor. Na verdade, ele está muito próximo da realidade dos dados municipais, que revelam percentual expressivo de internação por estas condições sensíveis a AB, como se pode verificar abaixo.

<b>Percentual/Ano</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>TOTAL</b>
Percentual de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Básica	47,35%	41,91%	39,88%	40,75%	40,71%	40,48%	40,25%	41,46%

QUADRO 4: Percentual de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Básica em Cachoeira-BA  
 Fonte: Ministério da Saúde – TABNET. Acessado em 19-12-2015. Adaptado pela autora.

Deste modo pode-se observar que houve uma queda considerável entre os anos de 2008 e 2009 de quase 6%, no entanto, nos anos subsequentes oscilou 2% para mais ou para menos. Quanto a pactuação e os indicadores municipais pode-se comparar que em 2013 foi estabelecida a meta de 39,64% e teve como resultado 40,48%, deste modo não sendo alcançada; em 2014 baixou-se um pouco a meta para 37,55%, mas não conseguiu a efetivação prática, pois teve como resultado de 40,25%; desta maneira a pactuação de 2015 teve o seu valor aumentado para 39,74%, e ainda não há divulgação dos resultados do referido ano.

Estes dados dão margem a questionar até que ponto a AB está sendo resolutiva, e implicando na reorientação do modelo assistencial hegemônico quando há um quantitativo grande de internações hospitalares por condições sensíveis a sua competência, que deixa, deste modo, como central na oferta de serviços e nas práticas de saúde o hospital, a medicina curativa e o corpo biológico como objeto da ação em saúde.

Isso sugere que as Unidades de Saúde da Família (USF) estão desenvolvendo ações a partir de demandas e não com a comunidade. As ações de prevenção e promoção, se acontecem, são de forma pontual, pois em geral, a dinâmica do trabalho da equipe é curativa. O que se processa é o atendimento da enfermidade anterior ao hospital, a ESF é então para a comunidade referência para o atendimento clínico e espaço onde pode ter consulta médica e não como espaço de saúde que deve ser desenvolvida dentro da unidade e da comunidade, não se está excluindo o tratamento, mas tirando-o do centro das ações e planejamento.

A realidade de Cachoeira é semelhante as das outras cidades pertencentes a Microrregião de Cruz das Almas que varia o Icsab em torno de 35 a 50%. Mostrando, deste modo, que esta não é uma realidade restrita ao município em estudo, mas a toda a sua região de saúde, que como falado, tem na sua história recente o esquecimento sócio-econômico. Então o que significa 100% de cobertura de Atenção Básica ou cobertura plena? Acredita-se que existe duas categorias que devam ser analisadas para entender esta problemática: territorialização e contrato de trabalho, além da realidade política local que implica nestas.

A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde (UNGLERT, 1993; 1995). Em termos práticos, pode também ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para se resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando os serviços e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população no seu interior (FARIAS, 2013, p. 134).

Com a criação do SUS e nele o princípio organizativo da descentralização das ações de saúde, o município ganha importância e com ele o território. A **territorialização**, como referido acima, é um processo para que se forme os **territórios**<sup>21</sup>, mas para que este processo aconteça é preciso de **territorialidades**, que são as estratégias que dizem respeito as relações de poder. O **território** é lócus de efetivação da universalidade, integralidade, da equidade e da participação social. Não existe uma equidade social de saúde sem uma equidade territorial, sem ter acesso as políticas mínimas que garantem condições de saúde, pois saúde implica condições sociais de existência, além do desenvolvimento de ações de modo integral, esta em todos os sentidos, inclusive na relação entre as políticas sociais.

Deste modo, “a territorialização cria territórios para os serviços; é essa a função do ato territorializador” (FARIAS, 2013, p. 133), mas é preciso entender como se desenvolve esse processo diante das influências políticas, culturais, sociais, ou seja, das relações de poder nas arenas de decisão política, pois a criação de territórios deve considerar a cultura, a comunidade, as crenças, as percepções sociais das pessoas que ali vivem.

Para Farias (2013), na efetivação do conceito no SUS, entretanto, a territorialização pode estar se tornando prática de planejamento para se adequar a oferta e os recursos, ou seja, tendo como base os serviços que já existem para fazer a delimitação do território de ação das equipes de saúde da família. O problema são os resultados de tal planejamento na prática, pois esse processo pode se tornar burocrático, como por exemplo a padronização da oferta de serviços destas equipes. A PNAB 2012 avança no sentido de flexibilizar a oferta para as populações ribeirinhas e moradores de rua, mas coloca para as equipes sem essas especificações o limite financeiro de "população/2400" (BRASIL, 2012, p. 79)<sup>22</sup>. O que exige deste modo um

---

<sup>21</sup> O conceito de Território apreendido de forma ampliada a partir das perspectivas política, econômica, cultural, social tem suas bases no geógrafo Milton Santos, segundo este “o território usado constitui-se como um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes. Daí o vigor do conceito, convidando a pensar processualmente as relações estabelecidas entre o lugar, a formação sócio-espacial e o mundo” (SANTOS et al, 2000, p. 3).

<sup>22</sup> Para a cidade de Cachoeira é colocado um teto de 16 equipes de saúde da família. DAB. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acessado em 17/12/2015.



número de pessoas a priori, "de modo que o que determina os limites do território criado no processo de territorialização da saúde é a oferta" (FARIAS, 2013, p. 136).

Segundo Farias (2013, p. 136) o território não está sendo negligenciado nas práticas de planejamento em saúde, mas a ordem com que está acontecendo essa ação é que deve ser questionada, pois se processa primeiro a apropriação do espaço pelo serviço, tendo em vista a oferta padronizada (que seria um segundo movimento), e em terceiro, através destas duas, que são definidos os limites territoriais, assim, parte-se do serviço para a organização do território, o que deveria ser o contrário

Em outras palavras, é necessário partir do território, da sua tipificação, do seu reconhecimento. E o território é múltiplo, variado, assim como suas necessidades. Entretanto, este território criado para a saúde pode não ser o mesmo território das pessoas, já que, conforme Alvarenga e Martins (2010) “[...] a demarcação geográfica antecede o conhecimento dos grupos sociais existentes na localidade”. E a demarcação geográfica é feita na medida do cadastramento, da adscrição da clientela (FARIAS, 2013, p. 136).

Deste modo, é preciso entender que esta lógica de territorialização pode comprometer a qualidade dos serviços, se fazendo necessário reconhecer os perfis para a organização do território e estes “são reconhecidos, delineados, não criados” (FARIAS, 2013, p. 133), assim, esses deveriam ser identificados antes da oferta de serviços em um local, ou seja, antes da operacionalização de uma política de saúde.

Essa lógica deve ser quebrada principalmente pelas equipes de saúde da família, já que a territorialização é a base para suas ações, ela que vai implicar na responsabilização das equipes de saúde e comunidade, por isso, devendo se considerar as dinâmicas dessa relação e as dinâmicas locais. Sem a noção de territorialização como espaço a ser identificado, por isso mesmo dinâmico, e não de implantação de políticas por si só, pode correr dois riscos no planejamento:

Há dois riscos, acredita-se, especificamente ligados ao planejamento baseado na territorialização. O primeiro é o entendimento do território a partir dos processos que o constituem e não a partir de si mesmo como totalidade. Relembre-se o caráter processual da territorialização. O segundo risco é o entendimento parcial do território, pois, ao privilegiar o processo ou a ação, pode acabar privilegiando a dimensão social que a desencadeia. Neste caso, a dimensão político-administrativa pode ser privilegiada. Há que se perguntar se essa não seria a razão a explicar uma da territorialização baseada no serviço e na oferta (FARIAS, 2013, p. 137).

Este entendimento parcial do território pode levar a uma interpretação errada sobre os limites territoriais de ação das equipes de saúde da família, por não entender como se constitui realmente este território, as dinâmicas ali existentes e com isso as ações das equipes podem não alcançar a dinamicidade do território em que atua, o que gera "ineficácia das ações e à iniquidade da atenção" (FARIAS, 2013, p. 137).

Esse pode ser um dos problemas que está implicando diretamente em alto índice de Icsab em Cachoeira. Ainda, em pesquisa de campo, ao identificar no DATASUS as USF presentes na cidade entrou-se em contato com a coordenação da AB para poder ter pontos de referência para localizar tais unidades, foi nesse momento que se descobriu que a “Unidade do Caquende” era a mesma identificada nos sítios oficiais do MS como a “Unidade do Tororó”. Estes dois bairros da cidade possuem características territoriais distintas, uma delas diz respeito a distância da comunidade do Tororó com a unidade de saúde e com o centro da cidade, o que dificulta a ida da população na unidade e dos agentes comunitários que são de sua referência, como também a locomoção de profissionais da unidade para a região. Sendo que na cidade não há rede de transporte coletivo. Neste caso, a divisão territorial de alcance da equipe pode ser comprometida pela extensão da sua área de atuação com populações com necessidades em saúde distintas, que deveriam ter atenção especial. Este é um claro exemplo de criação de cercas que delimitam o quantitativo de pessoas por equipe, ao contrário, as delimitações territoriais deveriam servir como modos organizativo para poder seguir um fluxo da organização dos serviços de saúde a partir das necessidades das pessoas identificadas para se delimitar o território.

Deste modo, a atuação das equipes nestas condições se torna fragilizada, primeiro pela delimitação do território que já foi feita antes da sua entrada, segundo pela dificuldade de entender a dinâmica deste, já que há uma grande heterogeneidade nesta população que se dá, principalmente, pela cultura, relações sociais desenvolvidas, pelas outras políticas que existem no território, pelas condições de trabalho. Ademais, este trabalho é dificultado pela rotatividade de profissionais. Santos e Rigotto (2013) discutindo sobre a importância da operacionalidade da territorialização nas ações das equipes de saúde da família, ressaltam que,

Um profissional ou uma equipe de saúde da família chega a uma nova unidade. Na mente, a ideia de que, para inverter o modelo de atenção à saúde no SUS, é preciso ‘ver’ a dinâmica do processo saúde–doença no território, é preciso conhecer o território, é preciso ter vínculos com o território (e, para isto, claro, é preciso ter condição de trabalho formalizada, estável, digna, valorizada...) (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 397).

Segundo dados do CNES aproximadamente 67% dos trabalhadores das Unidades de Saúde da Família de Cachoeira possuem vínculo empregatício estatutário, que garante aos servidores públicos um conjunto de proteções e garantias específicas para o exercício da função pública, a exemplo da estabilidade após três anos.

Desde a década de 1970 começou a ocorrer modificações no “mundo do trabalho” (ANTUNES, 1995), os direitos trabalhistas ficam restritos a poucas vagas de trabalho, sendo assim, grande parte da população passou a ficar descoberta. Dentre as modificações apontadas por Antunes (1995) está a “subproletarização”, na qual o trabalhador subproletariado é reconhecido como trabalhador flexível, fácil de ser contratado e de fácil de ser desvinculado, sem gerar custos para o contratante. Deste modo, os vínculos de trabalho hoje são consequências das modificações que se processaram com a modificação no modo de produção capitalista do Fordismo/Taylorismo para novas experiências de Reestruturação Produtiva com a expansão do Capitalismo Flexível.

O tipo de vínculo empregatícios dos trabalhadores das USF em Cachoeira podem ser observados segundo a tabela abaixo:

USF	Tipo de Vínculo Empregatício				Total de trabalhadores por unidade
	Estatutário	Contrato por prazo determinado	Contrato verbal/informal	Bolsa	
Agnaldo Ribeiro Costa	18	1	-	-	19
Almerita da Silva Moreira	8	4	-	-	12
Aniceto Machado	8	4	-	-	12
Antônio Estevão	4	3	-	1	8
Aristides Novis	21	9	-	-	30
Bom Jesus	7	5	1	1	14
Carlos Santos Lago	11	5	1	-	17
Iza Lobo	7	3	1	-	11
Izidro Lobo	17	12	-	-	29
Justiniano de Jesus	6	5	-	-	11
Marciana Andrade do Carmo	7	2	-	1	10
Maria Madalena	10	1	-	1	12
Oscar Reis	13	6	-	1	20
<b>TOTAL</b>	137	60	3	5	205

QUADRO 5: Número de profissionais por unidade e tipo de vínculo empregatício  
Fonte: DATASUS-CNES. Acessado em 07/12/2015. Adaptado pela autora.

Com uma análise superficial destes dados se poderia concluir que o problema não se localiza nos vínculos de trabalho, estes pouco influenciariam na organização dos serviços e nas

práticas de saúde, já que o percentual de profissionais com vínculo fragilizado é apenas 33% em comparação a 67% estatutário. Mas, antes de tirar esta conclusão coloca-se como necessário identificar e entender quais são esses profissionais. No quadro abaixo, formulado a partir dos dados do CNES, pode-se observar a divisão dos profissionais da ESF em Cachoeira por seus respectivos vínculos empregatícios.

Quantidade	Profissão	Vínculo	
		Estatutário	Não estatutário
80	Agente Comunitário de Saúde	73	7
37	Agente de combate a endemias	30	7
18	Técnico de Enfermagem da ESF	4	14
13	Auxiliar em Saúde Bucal da ESF	3	10
16	Enfermeiro da ESF	13	3
14	Cirurgião-dentista da ESF	9	5
14	Médico da ESF	2	12
4	Fisioterapeuta Geral	1	3
3	Psicólogo Clínico	-	3
2	Profissional de Educação Física na Saúde	1	1
2	Assistente Social	-	2
2	Nutricionista	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>137</b>	<b>68</b>

QUADRO 6: Divisão dos profissionais da ESF em Cachoeira por seus respectivos vínculos empregatícios

Fonte: DATASUS-CNES. Acessado em 07/12/2015. Adaptado pela autora.

Ao descrever sobre cada profissional das equipes de saúde da família, se dividiu o vínculo entre estatutário e não estatutário para facilitar a análise e por compreender que em um grupo reside profissionais com alguma estabilidade no trabalho e no outro, estes ficam à mercê da precarização de vínculo e da possibilidade de uso abusivo da estrutura pública para interesses partidários e de outras ordens, recriando um ciclo de “politagem” avesso às conquistas políticas que o SUS representa, salvo os médicos em regime de bolsa que possuem um contrato de tempo que deve ser cumprido, esses somam cinco profissionais. Com as bolsas os médicos recebem o salário através dos Programas do Governo Federal: Mais Médicos e do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica, ambos no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais). Os dois programas são voltados à AB e têm como objetivo levar o profissional médico a localidades que não dispõem do mesmo, a diferença é que o PROVAB possibilita a participação

por apenas um ano e concede bonificação de 10% nas provas de residência médica, o que não se aplica aos participantes do Mais Médicos<sup>23</sup>.

Como pode-se observar no quadro acima, o número de estatutários correspondente aos ACS e Agentes de Combate a Endemias é de 75%. Os ACS são os profissionais de maior quantitativo dentro da ESF, cada ACS, segundo a PNAB 2012 pode ser responsável por até 750 pessoas, estes profissionais possuem um papel primordial na relação da equipe com a comunidade, o seu trabalho envolve saúde, educação e criação de vínculo com o usuário “a esta construção de vínculos, que possibilita a promoção e a construção de processos de educação em saúde por parte do agente comunitário, surge em face desta proximidade, do contato corporal pleno de afetividade” (BUCHABQUI; CAPP; PETUCO, 2006, p. 34).

Além dos ACS, compõe a equipe mínima da ESF o técnico em enfermagem; o enfermeiro e o médico, destes, apenas os enfermeiros possuem mais de 80% dos seus contratos de trabalho estatutário, os técnicos em enfermagem chegam a 22% e os médicos não chegam a 15%. Além disso, a rotatividades destes últimos é comprovada pela análise dos históricos das USF, a partir dados do CNES, que mostram contratos de trabalhos que duram apenas dias ou meses, sendo poucos os que duram um ano por completo.

A rotatividade de profissionais dentro da equipe de saúde, sendo pela fragilidade do vínculo, ou troca de profissionais de unidade, dificulta a atuação com a comunidade, já que esta deve agir em conjunto para que a integralidade da atenção seja efetivada. O trabalho em saúde só se efetiva na relação com o outro, a equipe de saúde da família deve ter como base a educação em saúde. Para que esta possa se efetivar é preciso que os profissionais façam uso de práticas pedagógicas e sempre discutam sobre as suas ações, o que implica a educação permanente em saúde. Sendo que desta maneira, todo o trabalho será coletivo.

Todos esses dados nos levam a considerar que a existência de 100% de cobertura de Atenção Básica (de 2.400 a 4.000 pessoas, com média de 3.000 pessoas), não é suficiente para alterar as condições de saúde de uma comunidade se essa política não efetiva todas as dimensões da integralidade, ou seja, com integração das ações e dos níveis de atenção, com uma visão integral do usuário pelo trabalhador, com a continuidade da atenção e pela ação em conjunto com as demais políticas que existam no território (PAIM, 2006).

Deste modo, a ESF ainda está incipiente à mudança no modelo de atenção à saúde, apesar da sua expansão com investimentos do Ministério da Saúde na AB, esta pouco altera a estrutura das ações de atenção e organização dos serviços de saúde, sendo o modelo curativo,

---

<sup>23</sup> Informações disponíveis no sitio do PROVAB, disponível em: <<http://www.tudosobreprovab.com.br/>>. Acessado em 15/01/2016.

hospitalocêntrico e médico-assistencial – que tem como objeto a doença, o corpo doente – o foco das ações em saúde. Como mostrado, em Cachoeira a ida aos hospitais por condições sensíveis a AB situa-se em torno de 40%, ou seja, na operacionalização da ESF ainda é pouca a discussão de como esta deve ser organizada, integrada a comunidade e o objeto de sua ação.

A partir dos dados, ainda pode-se considerar que não está havendo articulação entre as ações macro como o PMAQ, o Programa Mais Médicos, o PROVAB, o novo modo de organização dos serviços de saúde (Decreto 7508/2011) com as mudanças efetivas no modelo de atenção à saúde a nível micro, ou seja, a nível municipal. Deveria haver maior atenção aos profissionais: qualidade no trabalho, desenvolvimento da assistência, o entendimento sobre o seu trabalho dentro da equipe de saúde da família. Assim, o questionamento destes números são para que possa denunciar uma realidade que precisa ser modificada qualitativamente na efetivação da Política de Saúde, estes deveriam, ainda, ser base para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, principalmente por estes indicadores terem sido criados para gerar dados que subsidiassem o diagnóstico e possíveis mudanças municipais.

#### 4 O CUIDADO DA ESF EM CACHOEIRA- BA: hegemonia e contra hegemonia no discurso de profissionais de saúde

Após esta análise geral sobre a operacionalização na ESF em Cachoeira e as considerações entre o quantitativo de cobertura e a qualidade de sua operacionalização na situação de saúde da população, se continuará a entender o aspecto qualitativo. Desta vez será apreendido como os profissionais da saúde, especificamente os médicos<sup>24</sup> compreendem o SUS e dentro deste a AB, e a motivação para trabalhar nesse nível de atenção, para assim, poder analisar se existe um viés clínico à sua atuação profissional, dito de outro modo, hegemônico.

As entrevistas utilizadas foram realizadas dentro do Projeto de Pesquisa “Onde estão os médicos do Recôncavo da Bahia? Perfil da formação médica, condições e mercado de trabalho na região” coordenado pela Profa. Dra. Valéria dos Santos Noronha, financiado pelo CNPq, e no qual a autora atuou como pesquisadora de iniciação científica. O acesso e análise a tais entrevistas deu-se a partir de autorização assinada e consciente da coordenadora supracitada do projeto e está em anexo.

A cidade de Cachoeira possui atualmente 13 (treze) Unidades de Saúde da Família, de maio a junho de 2015 que foi o período das entrevistas, haviam 13 (treze) médicos atuando na ESF, desses, 10 (dez) foram entrevistados. E será a partir da análise temática de conteúdo (MINAYO, 2007 *apud* CAVALCANTI; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p. 16) que este capítulo se desenvolverá. Primeiro foi feita uma análise flutuante, depois anotações a respeito desta última, posteriormente uma análise do sentido das falas dos entrevistados e por último uma análise categórica a partir das temáticas da pesquisa e seus objetivos, ainda, se considerando as primeiras anotações flutuantes, como já fora explicitado na introdução.

Para assegurar o sigilo a identidade desses profissionais utilizou-se de números para identifica-los, sendo então de 01 até 10. Ainda, quando os entrevistados citam nomes de unidades de saúde, estes são substituídos por nome de pessoas que desenvolve um importante trabalho para a Saúde Coletiva.

---

<sup>24</sup> Usar-se-á a palavra médico no masculino, mas não se está desconsiderando a questão de gênero.

#### 4.1 Localizando a profissão médica na história do Brasil

O profissional médico é colocado como central para o modelo de saúde hegemônico. O surgimento da profissão médica, segundo Machado (1997) está ligada a Primeira Revolução Industrial na qual

[...] a produção de novos conhecimentos e a criação de áreas especializadas possibilitaram o surgimento de inúmeras ocupações que passaram a requerer para si o domínio e, conseqüentemente, o monopólio do conhecimento e sua aplicação através da produção de serviços especializados (MACHADO, 1997, p. 15).

Sendo que a medicina foi uma dessas profissões que conseguiu desenvolver sólida base cognitiva, bem como exclusivo e vasto mercado de trabalho com forte credibilidade social. Se tornando uma profissão singular, construiu sólido conhecimento científico e reivindicou para si o monopólio da cura. Esse processo de consolidação da profissão também é marcado pelas relações poder (categoria profissional [filhos da burguesia] e Estado) que formou alianças para que o exercício da cura fosse exclusivo. A medicina tornou-se uma realidade incontestável, sendo sua prática um sofisticado e complexo ato técnico-científico com autonomia técnica e econômica, típico da sociedade Liberal. Características essas que são ranços da profissão ainda hoje.

Os cursos de formação médica no Brasil tiveram influência da Universidade de Coimbra-Portugal até 1968, época em que houve a Reforma Universitária no país com incorporação do modelo flexneriano<sup>25</sup>, que segundo Nogueira (2012, p. 415) “organizou o ensino médico centrado na categoria doença e cujas intervenções ocorrem mediante processos de trabalho informados pela clínica”, conhecido como Modelo Biomédico, que como já citado, fundamenta-se em uma visão biológica e mecanicista do ser humano e na abordagem curativa das doenças, e representa a visão oficial do corpo humano nas sociedades capitalistas ocidentais baseadas na capacidade de produção e de consumo (MORAES, 2012).

A expansão e consolidação dessa profissão enquanto categoria autônoma no Brasil, deu-se principalmente na época da Ditadura Militar (1964-1984) com a expansão dos serviços de

---

<sup>25</sup> Relatório Flexner – documento produzido nos Estados Unidos em 1910 e que organizou o ensino médico centrado na categoria doença e cujas intervenções ocorrem mediante processos de trabalho informados pela clínica (NOGUEIRA, 2012, p. 415) – o qual também passou a influenciar todo o ensino em saúde.



saúde privados. Segundo Ponte (2010), em 1974 foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), com o qual as empresas de medicina passaram a contar com uma nova fonte de financiamento para construção, ampliação e compra de equipamentos. Dados da época apontam que em torno de 96% das internações e 53% das consultas médicas eram realizadas por empresas de saúde contratadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (PONTE, 2010, p. 187). A saúde pública deveria ser desenvolvida apenas para áreas de interesse coletivo como saneamento básico, pesquisa, formação profissional, higiene e segurança no trabalho. Essa alternativa prevaleceu durante toda a década de 1970 e meados da década de 1980 e corroborou para o fortalecimento do modelo de saúde curativo, hospitalocêntrico e médico-assistencial, no entanto, uma nova proposta de atenção à saúde começou a se disseminar com o Movimento pela Reforma Sanitária que teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Quando se fala na atenção primária à saúde, é preciso saber: a medicina curativa ainda é um gargalo para a efetivação da atenção ampla que leve em consideração o sujeito, suas necessidades e os determinantes sociais? Deste modo, apreender a concepção que os médicos da ESF possuem sobre o SUS, a motivação para trabalhar neste, são pontos essenciais a serem analisados, visto que é central o entendimento legal, histórico e político a qualquer trabalhador do SUS, pois isto implicará diretamente na atuação e posicionamento profissional, bem como na organização dos serviços e práticas de saúde. Ou seja, é preciso perceber a hegemonia e/ou a contra-hegemonia nos discursos destes profissionais.

#### 4.2 O cuidado profissional: Análise Temática

Dentre os médicos entrevistados oito são do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idade variante entre 24 a 76 anos, a metade possui a faixa etária menor que 30 anos, sendo então jovens, o que explica a maioria dos entrevistados estar solteiro. Quanto a cor/raça quatro se autodeclararam brancos, três pardos e três negros, a respeito da religião, a predominante é a Católica (cinco), seguida da Espírita (três). Dos oito que aceitaram responder sobre a faixa salarial, seis deles varia o salário entre 10 a 15 salários mínimos<sup>26</sup>, os demais recebem acima dessa faixa.

---

<sup>26</sup> Em 2015, ano que foi realizada a pesquisa, o salário mínimo custava R\$788,00.

Todos estes profissionais nasceram no estado da Bahia, sendo quatro em Salvador e um em Cachoeira. Atualmente três moram em Cachoeira, um em São Félix – cidade separada por uma ponte de 366 metros – e os demais em cidades vizinhas, sendo Salvador a mais distante. Do mesmo modo, apenas três disseram trabalhar apenas na ESF em Cachoeira, os demais atuam em duas ou mais cidades. Assim, além da Atenção Básica trabalham também na Atenção Secundária e Terciária, tendo além do vínculo público o vínculo privado.

Segundo a PNAB (2012, p. 56-57) todos os profissionais que compõem as ESF devem trabalhar 40 horas semanais, mas há exceções para o profissional médico que pode trabalhar desde 40 horas, que é o teto, até 20 horas semanais, neste último caso as equipes são classificadas como modalidade transitória e, apesar de não ter limite de tempo para terminar, é indicado que seja substituída brevemente. A leitura dessa distribuição de médicos e composição das equipes de saúde da família suscita refletir dois pontos: primeiro que esse ainda é colocado pela PNAB como um profissional central dentro das equipes para a realização dos protocolos das ações em equipe, dos fluxos e atendimento nas unidades (que são apontadas como ações que lhe envolve, também, o repasse financeiro para as equipes se dá mediante o tipo de participação do médico na equipe); e segundo, que sua fixação nas equipes é dificultosa, por isso mesmo, abrindo-se brechas de modalidades de permanência em relação ao enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, sendo uma das estratégias do governo a criação de programas de incentivo para que estes profissionais possam atuar na AB.

Apesar da política de AB ter o entendimento que todo o trabalho deve ser desenvolvido em equipe, essa relativização da carga horária dar-se ao encontro com as especificidades criadas historicamente na profissão médica, já que esta, como já citado, tornou-se a detentora do poder de cura e desenvolveu aparatos tecnológicos para subsidiar a sua atuação. E como os dados vêm apontando, o atendimento à enfermidade é um dos principais processos dentro da ESF.

Por hora, tenta-se apreender o rebatimento desta formação dentro da ESF. Mas já se pode considerar, que a dinâmica em equipe pode ser comprometida pela ausência deste profissional em tempo inferior aos demais, pois isso poderia, dentre outras, restringir a ação médica a atendimento de demandas, sem o trabalho de prevenção e promoção junto à população e em equipe.

Quanto a formação superior dos entrevistados, sete deles concluiu a partir dos anos 2000, sendo cinco entre 2012 e 2014; dois na década de 1980 e um na década de 1970. As instituições de ensino também são variadas, duas fora da Bahia sendo uma em Minas Gerais: Centro Universitário de Caratinga, e outra no Ceará: Estácio de Medicina de Juazeiro no Norte, sendo ambas de ensino privado. A única instituição pública de graduação foi a Universidade

Federal da Bahia, na qual, quatro profissionais fizeram a graduação; as outras faculdades são: Escola Bahiana de Medicina (dois) e Faculdade de Tecnologias e Ciências (FTC) (dois).

Ainda levando em consideração aspectos da graduação, quando questionados se nesta houve incentivo para atuar na saúde pública e/ou no SUS apenas dois afirmaram que sim, os demais afirmaram que houve disciplinas obrigatórias e ainda que estas eram desestimulantes, quando não, as priores. Ainda foi apontado que,

A graduação de uma maneira geral é voltada para procedimento, ela é uma profissão elitista voltada para o procedimento e o que dá dinheiro é aquilo que o pessoal busca se formar e a faculdade luta contra a corrente e nada contra essa corrente para introduzir essa formação para você trabalhar no SUS e na Atenção Básica (MÉDICO 08).

Pode-se apreender que é assinalado o peso histórico que a profissão carrega de “elitista” e a expectativa do graduando que ingressa no curso, sendo que esse conjunto acaba dificultando que a instituição de ensino crie alternativas de uma formação que rompa com conservadorismos. Se pode considerar então, que isso reverbera na atuação do profissional dentro do SUS, principalmente nas suas práticas de saúde, pois há tanto a expectativa de busca por retorno financeiro quanto o curso superior acaba por formar precariamente o profissional para trabalhar no SUS.

Um outro profissional afirmou que houve estímulo durante a graduação “porque naquela época não existia o SUS, naquela época existia o serviço público do estado, o serviço público federal e tinha o INAMPS [...] ai a gente trabalhava como prestador de serviços nos hospitais que tinha convênio” (MÉDICO 02), deste modo o estimo provinha da compensação financeira em ser prestador de serviços, esse profissional formou na década de 1970, época da Ditadura Militar, que como já salientado acima, foi um momento de expansão dos serviços médicos privados, segundo este profissional hoje não se tem estímulo para trabalhar no SUS por causa da remuneração. Destarte, este mesmo profissional afirmou “eu não trabalho para o SUS, eu trabalho para o Programa Saúde da Família que é outra coisa! O SUS a gente trabalha também, né? Mas a gente trabalha para o Programa Saúde da Família”, esse profissional divide o trabalho como do SUS ou não pela forma de remuneração, já que segundo ele, o médico que trabalha na ESF recebe um salário mensal fixo, enquanto médicos que trabalham em hospitais, se não concursados, recebem segundo número de pessoas atendidas. Deste modo, pode-se considerar que sua concepção de SUS é restrita, tão quanto sobre a ESF.

Deste modo, já que as motivações para trabalhar no SUS não se deram na graduação, os médicos afirmaram outras fontes: a necessidade de ter um trabalho formal; por gostar de trabalhar com pessoas carentes; porque lhe foi feita a oferta de trabalho e também por incentivo do governo, como o PROVAB, para atuar na AB. Assim, a maioria destes profissionais não começaram a atuar na ESF por saber do que se tratava e acreditar na sua proposta, nem por ter tido incentivo na formação profissional, alguns tinham/têm ainda, a compreensão que o SUS é para os pobres.

A esse respeito, Tesser (2006) aponta que o ambiente do “posto médico” é um lugar estratégico para a mudança das concepções biomédicas. Acredita-se que esse espaço é estratégico na formação profissional, pois a predominância da atenção curativa, pautada na doença, não invalida a existência de tendências contrárias dentro da própria profissão, as quais percebiam a necessidade e importância da medicina preventiva.

Para Starfield,

(...) os médicos de atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde (STARFIELD *apud* GIL, 2005, p. 491).

De acordo com a autora os médicos da ESF teriam mais possibilidades de interação com a comunidade, e que esse espaço poderia suscitar transformações na prática médica, ou seja, a superação do modelo hegemônico. Mas para que tal mudança ocorra é necessário observar como estes profissionais entendem o SUS, pois essa é uma das primeiras interações deles com os princípios e diretrizes.

Pois não é apenas necessário que lhe chegue demandas diversas, mas primeiro qual será a sua ação perante tal problemática e segundo, se sua postura será de apenas atender demandas ou também de atuar em demandas que estão subliminares à condição de saúde das pessoas, ou seja, os determinantes sociais. Para que modelo hegemônico de atenção à saúde seja mudado não é preciso a negação de atenção a doenças, mas que a preocupação central esteja em apreender necessidades de saúde para além das salas ambulatoriais, ou seja, na saúde. Estas necessidades devem ser apreendidas dentro dos territórios levando em consideração as

condições de saúde das pessoas, o real alcance das proposições de atuação se efetivarem, deste modo, considerando os saberes da comunidade, crenças e cultura e tantos múltiplos aspectos.

Em sua totalidade os profissionais afirmaram que o SUS se distingue entre a teoria e a prática, segundo esses, nos documentos legais ele é o sistema de saúde mais perfeito do mundo, mas que nos ambientes de trabalho não se efetiva, como se pode apreender nas falas: “[...] é muito utópico no papel, na prática isso não ocorre, existem muitas deficiências, muitas carências e muitos problemas que devem ser sanados, se fosse tudo de acordo como ele pregasse seria maravilhoso, mas infelizmente não acontece” (MÉDICO 04); “O SUS é o sistema de saúde mais perfeito do mundo no papel (teoria), porém na prática não funciona como deveria, infelizmente” (MÉDICO 05).

Apesar de afirmar que na prática o SUS não é como se tem escrito nos documentos oficiais, todos afirmaram que, em geral, suas condições de trabalho na AB são boas, que as dificuldades provêm, as vezes, da falta de medicamento, demora na realização de exames, e do usuário ter acesso aos outros níveis do sistema. O que se quer chamar a atenção é para a análise do SUS como se esses não se reconhecessem como um dos seus trabalhadores, que seu trabalho também não colaborasse com o fortalecimento e/ou enfraquecimento do Sistema Único, este nível “micro” (TEIXEIRA, 2006) de atenção estaria fragilizado pela dificuldade de auto reconhecimento profissional. A exceção ficou apenas a um profissional que relativizou ao afirmar sobre as unidades de saúde “mesmo capenga do jeito que é, com profissionais que não têm compromisso já melhorou tanta coisa, imagine se todo mundo trabalhasse?” (MÉDICO 03). Esse profissional afirma que para o SUS avançar ainda mais, são necessários vontade política e compromisso profissional. Esse mesmo médico ainda afirmou em outro momento quando questionado sobre o trabalho na AB:

Olha eu acho que existe muito Posto de Saúde da Família, mas que existe equipe de profissional de Saúde da Família são muito poucas [...] os profissionais estão ganhando mais para repetir o que faz nos hospitais nos postos de saúde e eu acho que não é isso! Até mesmo a gestão, a gestão exige que o profissional atenda 32 por dia, eu nunca atendi isso [...] (MÉDICO 03).

Segundo esse profissional, a maioria dos seus colegas de profissão que atuam na AB não diferenciariam este campo de trabalho do atendimento clínico/laboratorial realizado em hospitais. Deste modo, as equipes de Saúde da Família estariam reproduzindo um modo de

fazer saúde que já está enraizado na doença, e que esse seria um dos gargalhos para a efetivação da AB e conseqüentemente do SUS.

Outro ponto que chama atenção são as exigências que a gestão da AB faz as equipes da ESF, especificamente para os médicos, os quais deveriam atender no mínimo 32 pessoas por dia, uma demanda que extrapola, segundo a entrevistada, a capacidade profissional de atendimento. A gestão da AB municipal ocupa o lugar “micro” em relação a PNAB, assim se poderia considerar que esse movimento de macro políticas que deem condições para mudanças no nível micro (TEIXEIRA, 2006) não se está processando, a apreensão da AB pelo município de Cachoeira e a dinâmica de trabalho colocada para os trabalhadores, deixa a mercê o trabalho em comunidade, a prevenção, a promoção e a participação social, o seu posicionamento centraliza a atuação profissional em atividades de assistência médica, nas quais as pessoas vão em busca de atendimento quando estão sintomáticas.

Deste modo, um dos desafios apontados por Teixeira (2006) para mudança no modelo de atenção ainda está presente dentro da cidade de Cachoeira, que são as demandas espontâneas e o atendimento aos doentes, isso faz com que se deixe de considerar o território e alcançar plenamente a integralidade. Como a autora coloca, a mudança no perfil de todos os sujeitos que estão imbricados no processo de saúde, inclusive a população organizada, é fundamental, sendo de essencial importância pensar quais seriam os objetos/processos de mediação destas mudanças. A dimensão técnica/tecnológica está presente no processo de saúde, mas não pode ser hipervalorizada, e em Cachoeira o uso de tecnologias é visto como central no processo de trabalho dentro da ESF.

Quando questionado sobre como é a sua atuação dentro AB, alguns profissionais a descreveu e é possível apreender um discurso hegemônico na sua ação.

Existe uma diferença entre o atendimento aqui na unidade de saúde de atenção básica e hospitalar. Aqui normalmente a gente tem demandas... são consultas agendadas, a gente segue alguns programas que tem: o HIPERDIA que é o de hipertenso e diabético, tem a questão do pré-natal, tem a questão da puericultura que é com as crianças. Então assim, tem grupos que a gente já atende aqui, entendeu? E também tem a questão da demanda espontânea que é aquele paciente que vem para cá, ele não tem nenhuma doença estabelecida, mas ele vem para ser atendido, necessita de uma consulta de rotina ou então as vezes porque ele não tinha nada e surgiu naquele momento, ai também ele é atendido através dessa demanda espontânea. Então a gente tem uma agenda, mas também tem a questão da demanda espontânea para qualquer eventualidade que venha a acontecer no momento (MÉDICO 07).

O profissional diferencia o trabalho em hospitais da ESF por esta última ter demanda agendada e espaço para as demandas espontâneas e o primeiro só atender demandas espontâneas. Dessa maneira foi questionado se não haveria algum trabalho de prevenção e promoção da saúde, ele respondeu que “em todas as áreas a gente costuma fazer esse tipo de atendimento” (MÉDICO 07), o que leva a entender que estas ações estariam embutidas dentro das ações acima descritas, ou seja, que não haveria especificidades quanto ao trabalho de prevenção e promoção que esses poderiam se dá na relação paciente e o médico que passa instruções e não realizado com a comunidade, em grupos, em conjunto com pessoas que dialogam a partir das suas vivências, necessidades e conhecimento.

Outro médico reafirma a característica deste trabalho dentro da AB.

A questão do posto a gente tem consultas marcadas, consultas ambulatoriais, só que fica determinadas quantidades de vagas para atender demanda extra, urgência 4 a 6 urgências, muitas vezes até passa. A gente tem isso tanto ambulatório quanto emergência para não sobrecarregar também o hospital (MÉDICO 10).

Esse profissional reforça como é a dinâmica da atuação dos médicos na ESF em Cachoeira, marcada pela agenda de consultas e espaço para a demanda espontânea. Esse médico coloca que esses atendimentos são essenciais para diminuir o atendimento nos hospitais. Deste modo, o modelo curativo está se processando nos três níveis de atenção à saúde, sendo diferenciados apenas pelo nível de complicação da enfermidade e limitação estrutural e tecnológica para a realização de procedimentos. Isso acaba não imprimindo uma atenção de promoção e prevenção características principais da AB e que implica também uma ação integral aos outros níveis.

Dentro da ESF os profissionais reconhecem o seu trabalho como central ao desenvolvimento das ações, essas entendidas principalmente como ações curativas direcionadas as pessoas carentes de abrangência da ESF. O médico seria o acolhedor dos primeiros sofrimentos da pessoa, da família e da comunidade “O médico tem um fator de interagir com a equipe, de fazer a questão do diagnóstico, tem bem a formação diagnóstica das doenças, acompanhamento [...]” (MÉDICO 06), apontando assim que sua visão sobre como deve ser a sua ação dentro da equipe é pautada por formação obtida na graduação, ou seja, diagnóstica.

Ainda sobre a importância do trabalho médico dentro da AB,

Mas a importância é nisso de estar oferecendo o conhecimento que ele adquiriu durante a graduação, depois na pós-graduação e nas residências, para poder transmitir na questão de prevenção de doenças, na questão de tratamento de doenças, entendeu? De esclarecer a população sobre determinadas situações que as vezes eles estão em dúvida [...] (MÉDICO 07).

As palavras como transmitir, esclarecer, conduzir, orientar, controlar doenças, são utilizadas recorrentemente pelos entrevistados e passam a conotação de que os profissionais detêm o conhecimento e que deste modo, uma das suas funções seria passá-lo às famílias adscritas. Entretanto, segundo os marcos legais, a ESF deveria desenvolver a sua ação a partir dos conhecimentos científicos em interação com o conhecimento que a comunidade possui, pois entende-se a importância que a linguagem, os sentidos e a auto identificação têm para que o trabalho produza resultados.

Ficando a frustração profissional assentada na impossibilidade de o local de trabalho oferecer condições para a realização dos protocolos, estes evoluem a existência de uma equipe para poder auxiliar na condução, a possibilidade de fazer exames para conseguir dar seguimento a tais protocolos. Sendo que, para a maioria dos entrevistados a partir desse conjunto se conseguiria chegar aos princípios do SUS.

Às vezes a motivação nos serviços de saúde, alguns, não são todos, as vezes a motivação falta, devido a falta de estrutura em determinados locais, mas a motivação de exercer a medicina, fazer a medicina como manda mesmo, de poder realizar tudo certo os protocolos é tudo que a gente quer! De poder o paciente chegar, ter um equipamento para poder resolver, ter o exame para a gente poder fazer na hora e poder dar seguimento ao caso, é o objetivo da maioria da classe, o que a gente quer é uma saúde de qualidade para todos, para seguir todos aqueles princípios que o SUS dá: a universalização, a equidade, a integralidade, todos os princípios lá a gente conhece (MÉDICO 07).

Deste modo o ideal de espaço de trabalho é pautado na possibilidade de realização de ações que envolvem o diagnóstico e o tratamento, os demais profissionais seriam complementares às suas ações, não formando um grupo horizontal como deveriam ser caracterizados as equipes. Assim, de forma ainda subliminar se poderia afirmar que o desejo de muitos profissionais é ter as condições de um consultório clínico na ESF para a realização de ações que envolvem a cura, já que a esta lhe é exclusivo o diagnóstico.

Apenas dois profissionais mostram romper com esta lógica hegemônica, um desses afirmou que o novo modelo de saúde proposto pelo SUS rompe como a lógica do médico ser



central dentro do sistema de saúde, propondo um novo modelo que leve em consideração o trabalho em equipe para o desenvolvimento de outras ações que não a curativa “[...] o modelo assistencial que o SUS vêm trazendo ele trabalha no conceito de equipe, que justamente vai seguir a corrente de que a gente deve tirar o foco da centralização e da medicalização da saúde, tirar o foco do médico e dividir com os outros profissionais da equipe” (MÉDICO 08).

Ainda a esse respeito, outro profissional afirmou que na unidade que ele trabalhava necessitava de duas equipes de Saúde da Família para poder dar conta de toda a população, pois era uma quantidade superior a qual a equipe conseguia cobrir “eu vim aqui para Cachoeira para uma unidade complicada que é a Carmem Teixeira<sup>27</sup>, que é uma unidade que era para ser duas equipes para aquela comunidade, que tem uma equipe só”. Este é mais um dos aspectos que fortifica os achados do segundo capítulo quando se discutiu o que qualitativamente quer dizer 100% de cobertura. Isso mostra que alguns profissionais se sentem sobrecarregados com o quantitativo de pessoas que sua ação deve cobrir.

Deste modo, pode-se considerar que a maioria dos médicos que compõem a ESF na cidade de Cachoeira ainda possuem a sua ação pautada em práticas hegemônicas nas quais a AB seria um nível abaixo dos hospitais e clínicas por fazer atendimento de situações que envolvem doenças menos graves. Este profissional ainda se vê como central da equipe, na qual a sua ausência dificultaria a ação dos demais profissionais da equipe. O que fortalece e reafirma a visão médico-assistencial.

As necessidades de saúde das pessoas e comunidade são muito diversas, a cidade de Cachoeira, como já discutida é um espaço marcado historicamente pela escravidão, desigualdades sociais e econômicas, pode-se apreender que nessa realidade ainda pode ser inserida uma rede de atenção à saúde verticalizada que não consegue chegar a toda população, apesar de ser considerada 100%. Deste modo, reafirma-se que a distribuição das equipes de saúde da família dar-se pelos serviços, sem levar em consideração as necessidades e características das comunidades para se formar um território de ação. Isso, dentre outros aspectos apontados, dificulta a articulação da comunidade e equipe e a própria dinâmica da equipe.

Pode-se considerar que o grande índice de internações por condições sensíveis a AB em Cachoeira, que gira em torno de 40%, ainda perdura por também: o trabalho das equipes de Saúde da Família ainda não ter superado as ações curativas, por ainda não ter conseguido efetivar as ações de promoção e prevenção, por ainda dialogar pouco com o território, pela

---

<sup>27</sup> Utilizou-se nome fictício para que o profissional não fosse identificado, desse modo, se aproveitou a oportunidade para homenagear uma das autoras mais trabalhadas neste trabalho monográfico.

pouca quantidade de profissionais por população em algumas unidades, por ainda haver pouca intersectorialidade entre as políticas municipais, por haver dificuldades para desenvolver um trabalho horizontal dentro das equipes, pelas ações terem a doença como centro e pela pouca participação popular.

Apesar das entrevistas terem sido feitas apenas com os médicos, não invalida as considerações que se chegou, este profissional é um dos quatro componentes da equipe mínima da ESF. Quando se discute modelos de atenção à saúde o papel do médico é um dos mais debatidos, pois este é o ator principal no modelo hegemônico enquanto pautado na doença, cura e diagnóstico, já no modelo contra-hegemônico esses seriam participe de um trabalho em equipe que envolve apreensão das necessidades de saúde das pessoas (estes são os atores centrais), as quais extrapolam a procura/oferta de assistência médica.

Assim, se pode apreender que ainda se processa dentro da prática dos profissionais na AB de Cachoeira ações pautadas no atendimento às consultas marcadas e espontâneas, que são tendências que dificultam a mudança de modelo de atenção. O trabalho com a comunidade ainda está sufocado pela demanda por cura, o que também implica pensar as condições sanitárias, de trabalho, de alimentação e lazer destas pessoas, ou seja, as condições de saúde. A proposta da ESF ainda está engatinhando em relação a efetivação a mudança de modelo de atenção, mas sua amplitude quantitativa nacional, a formação de equipes multiprofissionais, a delimitação de um território e a participação social dão margem para que as mudanças se processem em grande escala.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou desenvolver considerações a respeito de como se processa o modelo de atenção à saúde dentro da ESF, tendo como lócus a cidade de Cachoeira. No primeiro momento, tentou-se ponderar a problemática a partir da revisão bibliográfica, depois foi feita uma pesquisa a partir dos dados oficiais do Ministério da Saúde e posteriormente analisou-se a temática das falas dos trabalhadores da ESF no município supracitado. Todo esse conjunto permitiu aproximações com a realidade.

A ESF é considerada um espaço de reorganização do processo de trabalho dentro da AB, uma busca na efetivação da universalidade da cobertura e até mesmo desencadeadora de mudança no modelo de atenção nos níveis de média e alta complexidade. É notória a expansão das equipes de Saúde da Família, no entanto, isso não garante a efetivação da mudança no conteúdo das práticas e a forma de organização prevista nos documentos oficiais. Os dados da cidade de Cachoeira, tanto dos sítios oficiais quanto da análise das entrevistas, apontaram que há uma discrepância entre aspectos quantitativos e qualitativos.

De um modo geral, apesar da política estar voltada para o trabalho de prevenção, de promoção e reabilitação, esta última está ocupando centralidade nas ações da ESF. Tanto os dados oficiais, quanto a partir da análise das entrevistas, percebeu-se que o trabalho desenvolvido dentro da ESF está voltado para ações curativas: as pessoas são atendidas quando estão sintomáticas. Dados do MS dos últimos sete anos (2008 a 2014) apontam em torno de 40% o índice de internações por condições sensíveis a AB em Cachoeira, ao mesmo tempo em que a cidade tem 100% de cobertura desde o ano de 2006. Os resultados das entrevistas colaboram para entender esta realidade, quando a maioria dos profissionais apontam que o trabalho desenvolvido na ESF ser semelhante ao do trabalho nos laboratórios/consultórios de hospitais.

O modelo de saúde que se processa na ESF em Cachoeira assemelha-se ao trabalho de saúde comunitária da década de 1970, no qual, apesar de considerar a presença do território e ter a figura de pessoas da comunidade enquanto ACS, este ainda é visto como um trabalho que deve ser desenvolvido para pessoas carentes financeiramente, e também tendo na clínica médica o principal foco de atuação. Se processa maior preocupação com a gerencia e organização de processos de trabalho esquecendo-se dos serviços que são oferecidos, ou seja, da relação entre comunidade e trabalhadores da saúde. O trabalho em equipe na AB deve identificar as

necessidades dos usuários, não restringir a sua ação aos atendimentos nas unidades, mas atuar com as famílias e comunidades.

A partir da cidade de Cachoeira pode-se perceber que apesar de alcançar números de cobertura da ESF e de ACS de 100%, o que ainda se processa no trabalho destes é a reprodução do modelo hegemônico com menos custos para os cofres públicos, que realizam ações dentro da comunidade no máximo “conseguindo reduzir as insuficiências historicamente acumuladas no âmbito das ações de saúde pública” (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 471) que tentam modernizar ações que deem conta dos velhos e novos desafios epidemiológicos que provêm das mesma situação sanitária da população. Teixeira e Solla (2005) apontam que a ESF seria uma estratégia de mudança no modelo de atenção em larga escala, mas há muita heterogeneidade na sua implantação, e após 10 (dez) anos desta análise, a ESF torna-se ainda mais abrangente e complexa a sua implantação.

Um dos gargalos que se pode encontrar diz respeito a divisão dos territórios. A PNAB (2012) estabelece um número mínimo de pessoas adscritas por equipe, estando deste modo, no planejamento do trabalho da ESF se processando o ajustamento dos serviços a oferta que o município pode apresentar à população, e o que deveria acontecer seria a organização do território para se perceber as necessidades de atenção a partir da realidade.

A partir das falas dos profissionais da ESF pode-se perceber ainda a marca das ações voltadas para a “pacientes” e não para a saúde da comunidade em geral. O trabalho comunitário é suprimido por consultas agendadas e demanda espontânea. Na República Velha, uma das reivindicações era pelo atendimento médico na saúde pública, na época os serviços de saúde eram divididos entre saúde previdenciárias e ações sanitárias do governo. Deste modo, é um avanço a presença desses profissionais dentro de equipes de Saúde da Família, no entanto, a sua atuação, assim como a dos outros trabalhadores, deve ter como base a saúde e não as doenças.

Deste modo, se poderia considerar que as diretrizes da PNAB não estão sendo implementadas em Cachoeira de acordo com a realidade local, ainda, não se percebe mudanças nas práticas da maioria dos profissionais entrevistados. São vários os fatores que versam sobre esta realidade, que vai desde a formação profissional, o modo de contratação, a gestão da política municipal, a formação dos territórios, a participação da comunidade e as ações de educação permanente, todos estes influenciados diretamente pelo ideal político ideológico que versa sobre as políticas públicas e especificamente as sociais, o neoliberalismo. Esse foi introduzido fortemente no país na mesma década da implantação da Saúde da Família, e apesar

dos avanços tidos no SUS e na AB no decorrer destes mais de 20 anos, a visão de política de saúde mínima para os mais espoliados prevalece na ESF.

Segundo Teixeira (2006) a ESF sozinha não dá conta da mudança no modelo de atenção à saúde em todas as suas dimensões, propondo-se a construção de ações e experiências locais, não se definindo modelos padrões, apenas, como vem ocorrendo, mais a definição de diretrizes e princípios que possam ser adaptados a diversas realidades, que ao final, todas busquem os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade na prestação dos serviços. Sendo a integralidade (tanto entre os níveis de atenção, quanto na prática) tomada como eixo central a articulação de um novo modelo de atenção à saúde. No entanto, só haverá mudanças quando se tiver aliança entre os gestores do SUS interessados nesse processo, os profissionais de saúde e a população usuária; sendo o último, ator central na construção da viabilidade do modelo.

Deste modo, as considerações que chegam este trabalho também contribuem com a discussão da importância da participação social para o fortalecimento dos interesses dos cidadãos e efetivação da política pública de saúde para que haja mudanças no modelo de atenção (TEIXEIRA 2006). É preciso entender que são indicadores de uma realidade histórica marcada por divisão de classe, racismo, exclusão social, educação de baixa qualidade e serviços de saúde efêmeros, que em conjunto colabora com a divisão entre atendimentos pela ESF para os mais pobres que procuram tratamento, e aqueles que não precisam do serviço, por poder pagar uma consulta particular. Todos estes pontos colaboram para que a ESF não se efetive plenamente.

A pejeja por um modelo de atenção que tenha como centro as necessidades dos seres sociais, tem que ser luta de todas as pessoas e de todos os profissionais da saúde, inclusive o assistente social. A publicação Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS 2013) traz que a “preocupação central que deve nortear a formação profissional é o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS: universalidade, integralidade, participação social. Nessa direção a revisão do modelo assistencial centrado na doença para o modelo assistencial voltado para a saúde é fundamental” (CEFESS, 2013, p. 62).

Coloca-se como desafio a efetividade da integralidade, no seu aspecto estrutural, ligada a superação das práticas de saúde calcadas no modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista, que está ligado a uma arena formada fortemente pelo Estado mínimo para as políticas sociais, multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos, e empresariado nacional e multinacional na área da saúde. Buscando mobilização para introduzir mudanças de organização e funcionamento do sistema, pautada em benefícios para a população, é necessário que mais forças de interesse surja nessa arena, a fim de que o Estado se torne o regulador. Quanto a seu aspecto conjuntural, se apresenta o desafio dentro da subjetividade das opções

adotadas pelos gestores do sistema que corroboram ou não para a mudança no modelo de atenção médico-assistencial hegemônico.

Deste modo, estudar esta realidade colabora para se ter claro os avanços e desafios que a política social de saúde apresenta para todos, o quanto se vive uma contradição do modelo de atenção à saúde no Brasil desde a Constituição de 1988. Estar junto a classe trabalhadora, enquanto trabalhadores da saúde e usuários é fundamental, bem como ocupar espaços de discussão democrática: conselhos, conferência, gestão participativa. Assim, este trabalho buscou estar nessa contracorrente à hegemonia que nega e/ou fragmenta o direito social à saúde.

## REFERENCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**. São Paulo: Cortez. 1995.

ATLAS de Desenvolvimento Humano. Município de Cachoeira. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/cachoeira\\_ba#caracterizacao](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/cachoeira_ba#caracterizacao)>. Acessado em 20/01/2016.

BAHIA. Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia – IPAC. Disponível: <<http://www.ipac.ba.gov.br/preservacao/monumenta>>. Acessado em 28/12/2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Acolhimento Pedagógico para os Profissionais da Atenção Básica: Guia do Trabalhador**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. 2011.

\_\_\_\_\_. SESAB. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/)>. Acessado em 23/12/2015.

\_\_\_\_\_. SESAB. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. **Município de Cachoeira**. Disponível: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/municipio.asp?cidade=290490&nome=CACHOEIRA](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipio.asp?cidade=290490&nome=CACHOEIRA)>. Acessado 23/12/2015.

BOCHABQUI, Jorge Alberto; CAPP, Edilson; PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Convivendo com Agentes de Transformação: a Interdisciplinaridade no Processo de Ensino/Aprendizado em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan/abr. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos**. Disponível em: <<http://www.maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>>. Acessado em 22/12/2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome\\_Por\\_Estado\\_Municipio.asp?VEstado=29&VMun=290490](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome_Por_Estado_Municipio.asp?VEstado=29&VMun=290490)>. Acessado em 23/12/2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica (DAB). Cobertura da ESF em Cachoeira. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acessado em 12/12/2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acessado em 28/11/2015.

\_\_\_\_\_. Lei 8142/1990, 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: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acessado em: 28/11/2015.

\_\_\_\_\_. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acessado em: 19/03/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB de 1996**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#9>>. Acessado em: 26/11/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-como-funciona-o-programa>>. Acessado em 01/05/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Romance de Formação de um Sanitarista: um estudo de caso. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. João Pessoa: **Inf. & Soc.: Est.** v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CEFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília (DF). Reimpressão. 2013.

SCOREL, Sara. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.



ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. *In* LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

FARIAS, Rivaldo Mauro de. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a Construção de uma Perspectiva de Adequação dos Serviços aos Perfis do Território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – HYGEIA**. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>>. Acessado em 20/12/2015.

GIL, Carlos Antônio. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas. 4. Ed. 2002.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. vol.21, n.2, pp. 490-498, 2005.

HEIMANN, Luiza Steman; MENDONÇA, Maria Helena. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. *In* LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

HENRIQUE, Wendel. A instalação da UFRB, a ação do Programa Monumenta e o turismo étnico na reestruturação urbana e no cotidiano de Cachoeira-BA: Notas preliminares de pesquisa. **Geotextos** (Salvador), v. 05, p. 89-112. 2009.

IBGE Cidades. **Histórico da cidade de Cachoeira-Bahia**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/1494>>. Acessado em 23/12/2015.

IBGE. Resolução IBGE Nº 2 de 26/08/2014. Publicação no D.O.U. 28/08/2014. **População de Cachoeira em 2014**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/75661066/dou-secao-1-28-08-2014-pg-99/pdfView>>. Acessado em 20/12/2015.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. *In* LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

MACHADO, Maria Helena. **Os Médicos no Brasil: Um Retrato da Realidade**. RJ: Editora Fiocruz. 1997.

MARTINS, Carlos Benedito. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 30, n. 106. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MORAES, Dênis de. Comunicação, Hegemonia e Contra-Hegemonia: a Contribuição Teórica de Gramsci. **Revista Debates**, Porto Alegre, v.4, n.1, p. 54-77, jan.-jun. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/debates/article/viewFile/12420/8298>>. Acessado em 29/02/2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA. 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? p. 304, 1998) artigo ler urgente da pasta “partes escritas”. **Rev. Saúde Pública** [online], vol.32, n.4. 1998.

PEDRÃO, Fernando. Novos e velhos elementos da formação social do Recôncavo da Bahia de Todos os Santos. V. 1. **Revista do Centro de Artes Humanidades e Letras**. 2007.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe Rangel S.; GOMES, Rafael da Silveira. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (organização). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO. 2005.

PONTE, Carlos Fidelis. A Saúde como Mercadoria: um Direito de Poucos. In PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV. 2010

PREFEITURA Municipal de Cachoeira. Disponível em: <<http://www.prefeituradecachoeira.ba.gov.br/>>. Acessado em 22/12/2015.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde** (Online). Vol. 8, n.3, pp. 387-406. 2010.

SANTOS, Milton et al. O papel ativo da geografia: um manifesto. In: Encontro Nacional De Geógrafos, 12., 2000. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis. 2000.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In TEIXEIRA, Carmem Fontes Teixeira; SOLLÁ, Jorge Pereira. **Modelos de Atenção à Saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador EDUFBA. 2006.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **O Futuro da Prevenção**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora. 2001.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus** [online], vol.7, n.2. 1998.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLÁ, Jorge Pereira. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

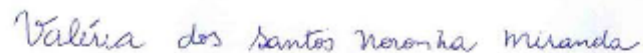
Anexo I – Autorização para usar os dados da Pesquisa Onde Estão os Médico do Recôncavo da Bahia? Perfil da formação médica, condições e mercado de trabalho na região.

Salvador, 4 de janeiro de 2016.

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) discente do Curso de Serviço Social Mayse de Oliveira Andrade está devidamente autorizada em utilizar em seu trabalho de conclusão de curso os resultados do projeto de pesquisa intitulado Onde estão os médicos do Recôncavo da Bahia? Perfil da formação médica, condições e mercado de trabalho na região coordenado pela profa dra Valéria Noronha.

Atenciosamente,



**Profa Dra Valéria dos Santos Noronha Miranda**  
Matrícula Siape 13780433

## Anexo II – Roteiro de entrevista analisado

Questionário do projeto: Onde estão os médicos do Recôncavo da Bahia? Perfil da formação médica, condições e mercado de trabalho na região

DATA: \_\_\_\_\_

PESQUISADOR (A): \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Cor/raça: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Cidade em que nasceu: \_\_\_\_\_

Cidade onde mora: \_\_\_\_\_

Cidade (es) onde trabalha: \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_\_\_

Instituição que formou/cidade: \_\_\_\_\_

Área de atuação: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Nível salarial:

( ) 5 a 10 salários mínimos

( ) 10 a 15 salários mínimos

( ) 15 a 20 salários mínimos

( ) mais de 20 salários mínimos

Existe intenção de permanecer no SUS na região do Recôncavo? Sim ( ) não ( )

Tem mais de um vínculo institucional? sim ( ) não ( ) Quantos: \_\_\_\_\_

Só Público ( ) Só Privado ( ) Público e Privado ( )

Quais Cidades: \_\_\_\_\_

1. Durante a sua formação existiu motivação para trabalhar na Saúde Pública/SUS?
2. Tem desejo de fazer alguma especialização para fortalecer o seu trabalho dentro do SUS?
3. Você acredita que trabalhar na atenção básica requer alguma especificidade?
4. Qual a sua visão sobre o SUS?
5. Qual a importância do trabalho médico no âmbito do SUS?
6. Como você avalia as condições de trabalho dentro do SUS?