

# A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E A SUPERAÇÃO DA MEDICINA FAMILIAR

*The Family Health Strategy in Brazil and the surpassing of familiar medicine*

**Tomaz Martins Júnior**

Odontólogo, mestrando em Gestão e Modernização de Políticas Públicas, Diretor Presidente da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral/CE.

**Luiz Odorico Monteiro de Andrade**

Médico, mestre em Saúde Pública pela UFC e doutorando pela UNICAMP. Professor da Faculdade de Medicina da UFC/Sobral, Ceará, Secretário de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral, Ceará.

**Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto**

Médica, mestre em Saúde Pública pela UFC, Professora da Faculdade de Medicina da UFC/Sobral, Ceará, Coordenadora da Residência em Saúde da Família de Sobral.

## sinopse

**A** Estratégia Saúde da Família é uma proposta estruturante na construção de um novo modelo de atenção que seja mais adequado às atuais necessidades sociais de saúde, e que consiga dar respostas às complexas relações do processo saúde-doença da sociedade atual. Esse artigo tenta demonstrar a pertinência de considerá-la uma superação do modelo médico de família, bastante difundido em vários países.

## palavras-chave

Estratégia saúde da família; medicina familiar; modelos assistenciais em saúde; atenção básica; sistema único de saúde.

## abstract

**T**he Family Health Strategy is a structural proposal in the construction of a new care model that may be more suitable to current social health needs, and which succeeds in providing answers to the complex relationships of the health-sickness process of present society. This article tries to demonstrate the pertinence of considering it as surpassing the family doctor model, quite widespread in several countries.

## key words

Family health strategy; familiar medicine; health assistance models; basic care; Unified Health System.

## INTRODUÇÃO

Uma dúvida surge hoje em muitos debates dos profissionais dedicados a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Medicina Familiar (MF) no Brasil. Seriam os dois modelos de organização de serviço idênticos? Teriam os mesmos propósitos?

Os que defendem que ESF e MF são a mesma coisa, com base nisso, também defendem que o médico de família deve ter uma pós-graduação em Medicina de Família, com programa específico, e em espaço separado dos outros profissionais de nível superior membros da equipe de saúde da família. Os que defendem a idéia de que a ESF supera a medicina familiar e tem suas especificidades, defendem que atuação em equipe interdisciplinar é imprescindível para o sucesso da ESF e, portanto, todos os profissionais membros da equipe de saúde da família devem ser formados em conjunto no nível da pós-graduação, quando já dominam o núcleo básico de conhecimentos de suas respectivas profissões.

Neste artigo, tentaremos fundamentar a nossa hipótese de como e porque a ESF supera o modelo de medicina familiar.

Inicialmente é importante destacar que o conceito de "modelo" utilizado não tem uma relação direta com modelagem, portanto não é um conjunto de normas, regras, ideal a ser copiado. Neste artigo, utiliza-se o conceito de modelo descrito por Ricardo Bruno: "é a construção de consistência prática entre objetos de trabalho, instrumentos e a ação do agente do trabalho, para que o processo possa efetivamente objetivar-se em um produto".

O produto desse novo modelo de atenção à saúde deve ser portanto respostas concretas aos atuais problemas de saúde, e considera-se que para isso o mesmo deve ter como paradigma o da construção social da saúde (contrapondo-se ao paradigma dominante: biologista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção médica e na utilização intensiva de tecnologia).

Analisando a organização do processo de trabalho do modelo Médico de Família, verifica-se que traz importantes contribuições para esse processo de mudança: a organização do sistema tendo uma rede de médicos de família como a porta de entrada, fortalecimento e universalidade da atenção primária, integração

***A proposta da Estratégia Saúde da Família não nega a importância desses conhecimentos ou da prática clínica. Busca promover reflexões profundas sobre a organização atual do processo de trabalho em saúde e sua questionável aplicabilidade ao modelo atual de sociedade.***

da atenção preventiva e curativa, garantia de acesso da população aos serviços de saúde, entre outras.

Entretanto, percebe-se que a sua construção ainda tem a biomedicina como principal campo de conhecimento e que o seu processo de trabalho ainda guarda uma hegemonia do profissional médico em relação aos outros profissionais.

A proposta da Estratégia Saúde da Família não nega a importância desses conhecimentos ou da prática clínica. Busca promover reflexões profundas sobre a organização atual do processo de trabalho em saúde e sua questionável aplicabilidade ao modelo atual de sociedade.

Esta adequação entre modelo de atenção à saúde e modelo de sociedade pode ser percebida nas diferentes experiências vividas ao longo da história da humanidade. Quando analisamos os diferentes modelos de atenção à saúde numa perspectiva histórica, percebemos que eles se relacionam com a ideologia predominante em cada sociedade, e nesse contexto, a sua forma de pensar o processo saúde-doença.

## A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS PROCESSOS DE TRABALHO NOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O sentido do trabalho está ligado a uma aplicação de energia para promover a transformação de uma realidade, ou em outras palavras, satisfazer um carência. Dessa forma, poderíamos considerar um eterno ciclo: carência - processo de trabalho - carência... (lembrando, é claro, que esse segundo carência será sempre diferente do primeiro, pois faz parte de uma realidade transformada).

Esse carência, entretanto, deve ser visto não como uma necessidade pessoal, ou mesmo uma necessidade pessoal "socializada". É importante caracterizá-lo como uma "necessidade da sociedade". Os indivíduos, ao estabelecer um conjunto de relações, constituem uma sociedade. Ela própria passa a ser possuidora de necessidades acima das necessidades dos indivíduos.

Essas necessidades são determinadas pela leitura da realidade com base no conjunto de conceitos, valores, pela visão de mundo presente nessa sociedade. No campo da saúde, essas necessidades estão relacionadas de forma estreita com a atitude dessa sociedade ante o corpo humano e seus valores relativos à saúde e à doença.

Passeando pela história da humanidade, percebe-se que nas civilizações primitivas a doença guardava uma relação com o sobrenatural. Portanto, para a cura das doenças era necessário promover uma mediação entre os homens e o universo, o que era conseguido pelo xamã ou sacerdote, figuras capazes de falar e entender as linguagens das coisas. Para isso, utilizavam terapêuticas baseadas em práticas mágico-religiosas.

A civilização greco-romana, rompendo com esses conceitos e práticas, passa a construir outras explicações para as doenças, dando a elas um caráter natural (fenômeno da própria natureza - teoria humoral). Assim, o processo de trabalho do médico grego

consistia praticamente em ajudar as forças naturais. Tanto esse médico hipócrático, como o pequeno artesão que mais tarde passou a ser o cirurgião-barbeiro procuravam restabelecer, cada um de sua maneira, o reequilíbrio da natureza.

Na Idade Média, a idade das trevas, a doença voltou a ser vista como uma entidade com vida própria, portanto, sobrenatural. Passou a ser a provação, o preço a ser pago pelo paraíso. Assim, prevaleceu a assistência aos doentes, entendida aqui como a expectativa, acompanhamento solidário do transe do sofrimento para a morte e para a vida eterna e surgiram os mosteiros com acomodações especialmente destinadas à pessoa doente - o hospital.

O renascimento comercial a partir do século XV promoveu profundas alterações na estrutura socioeconômica. O acúmulo de capital com as grandes navegações, a exploração colonial e a crise do regime feudal deram início ao período de transição para o capitalismo, estabelecendo uma nova relação entre os homens através do trabalho.

Além das grandes navegações, as cortes das monarquias absolutas promoveram as novas investigações científicas, criando novas formas de vida intelectual (mais próximas da Antiguidade clássica). O conhecimento dogmático da Igreja não foi mais aceito e deram lugar, no caso do setor saúde, ao início do desenvolvimento da medicina científica.

Ganham destaque, em meados do século XIX, as teorias desenvolvidas por Pasteur a respeito dos microorganismos e o desenvolvimento da biologia como ciência que fizeram com que a explicação sobre as causas das enfermidades passasse a ser atribuída a agentes microbianos.

A medicina muda como ciência mas também como profissão. Segundo Navarro ela adota os mesmos princípios ideológicos do capitalismo: o liberalismo e o individualismo. Fica bastante evidente a relação entre as novas relações sociais e a organização do processo de trabalho da medicina quando percebe-se o desenvolvimento de uma visão mecanicista no trato com o indivíduo. Semelhante ao que passa a ocorrer nos diversos setores da sociedade, o corpo humano é dividido em diversos sistemas e órgãos e a doença passa a ser vista como um desequilíbrio entre essas partes de um mesmo corpo. Surge a especialidade como uma forma de divisão horizontal do trabalho em saúde.

Ressalta-se que essa visão individualista, ao culpabilizar o indivíduo pela doença, harmoniza-se

com a ideologia capitalista, absolvendo o meio ambiente econômico e político da responsabilidade na origem da enfermidade.

Surgiram também novas necessidades sociais, emergentes com o capitalismo. No campo específico da saúde, essas necessidades poderiam ser apresentadas resumidamente em: 1 - controlar a ocorrência de doença (vista como incapacidade de trabalhar) e 2 - recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença.

De início, todo o processo de trabalho em saúde era possível de ser desempenhado por um único trabalhador: o médico, sendo que esse desempenhava papéis ora mais intelectuais, ora mais manuais. O hospital passa a ser numa visão moderna, local de trabalho para esse profissional, mas também como instrumento de trabalho, possibilitando-o dar respostas às duas necessidades apresentadas acima.

A complexidade do hospital moderno transformou o médico em um trabalhador coletivo, onde desempenhava o papel mais intelectual (diagnóstico e definição terapêutica). Dentre os outros profissionais presentes nessa forma de trabalho coletivo estava o enfermeiro, que surgiu com funções relativamente "mais manuais", associadas ao processo terapêutico. Mais tarde o trabalho do enfermeiro também se dividiu, ficando esse com as atividades mais intelectuais da "parte manual" da atenção à saúde e deixando para seus auxiliares as partes "menos intelectuais". Essa divisão vertical passou a conviver com uma outra divisão, horizontal, que comporta dois tipos de expressão: a especialização da profissão (médicos especializados em partes dos processos diagnósticos e terapêuticos) e a criação de outras profissões com áreas de atuação complementares: o odontólogo, o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, o psicólogo, o assistente social, o educador físico etc. É importante ressaltar que toda essa organização do processo de trabalho guarda uma relação bastante estreita com a organização do trabalho na sociedade industrial.

**... o corpo humano é dividido em diversos sistemas e órgãos e a doença passa a ser vista como um desequilíbrio entre essas partes de um mesmo corpo. Surge a especialidade como uma forma de divisão horizontal do trabalho em saúde.**

## OS DESAFIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO ATUAL MODELO

Vários são os desafios colocados hoje para a implantação da Estratégia Saúde da Família. Destaca-se nesse contexto a estruturação da atenção básica, entendida aqui como a viabilização do acesso universal e, acima de tudo, a superação das várias limitações que o atual modelo implantado no país não conseguiu resolver.

**... convivemos com um crescimento da forma de adoecer e morrer de países mais desenvolvidos e ao mesmo tempo com problemas básicos, já perfeitamente resolvidos pelo modelo biomédico, como a diarreia, a tuberculose, a hanseníase, as infecções respiratórias agudas.**

É importante avaliar que o modelo de atenção à saúde ainda hegemônico, de base biomédica, conseguiu alcançar um certo impacto na morbidade e mortalidade da população. Esta afirmativa fica bastante clara quando evidenciamos uma inegável mudança do perfil epidemiológico da população brasileira, com considerável redução, seja proporcional como também em números absolutos da mortalidade por doenças infecto-contagiosas (predominante no passado) e um aumento da importância das doenças crônico-degenerativas e das causas externas de morbidade e mortalidade.

Entretanto, surge aqui a necessidade de avaliar alguns aspectos. Se de um lado o impacto do modelo hegemônico é inegável, é igualmente correto afirmar que ele não conseguiu avanços no que diz respeito à democratização do atendimento e dos resultados. Basta observarmos o atual estágio de nossa transição de perfil epidemiológico, onde convivemos com um crescimento da forma de adoecer e morrer de países mais desenvolvidos e ao mesmo tempo com problemas básicos, já perfeitamente resolvidos pelo modelo biomédico, como a diarreia, a tuberculose, a hanseníase, as infecções respiratórias agudas. Tal fato pode ser explicado pela incapacidade percebida nesse modelo de garantir a universalização da atenção à saúde.

Outro importante aspecto que deve ser considerado é o novo desafio que surge com essa mudança do perfil epidemiológico. Para a prevenção, tratamento e cura das doenças mais prevalentes no que ousadamente poderíamos chamar de antigo perfil epidemiológico, são necessários instrumentos e

conhecimentos bastantes específicos da prática biomédica. É interessante deixar claro que não pode ser ignorada a importância de aspectos como a educação, moradia, hábitos na evolução dessas doenças. Entretanto, os instrumentos disponibilizados a partir da prática biomédica, como vacinas, melhoria tecnológica dos fármacos, avanços tecnológicos da prática médica, conseguiram inclusive minimizar o impacto desses fatores sociais na morbidade e mortalidade da população. Como exemplo, vale a pena citar a redução da mortalidade infantil conseguida em várias cidades e estados brasileiros, sem entretanto promover uma mudança na desigualdade social.

Quando analisamos o novo perfil epidemiológico (aqui mais uma vez correndo o risco de um excesso de ousadia), observamos que a prática biomédica não dispõe de instrumentos e capacidades eficazes para mudança da realidade. Qual a real capacidade desse modelo de reverter o crescimento de óbitos e agravos provocados por causas externas? Quais os instrumentos que o profissional médico tem disponível para evitar um suicídio, um homicídio ou um acidente, considerando que para atingir esse objetivo é premente a mudança de comportamento? E sabemos que o simples conhecimento não tem se mostrado muito eficiente para esse propósito. Igualmente, quais os instrumentos disponibilizados pelo modelo biomédico para prevenir as doenças crônico-degenerativas senão apenas o conhecimento da sua evolução e fatores predisponentes. Mas uma vez, sendo propositadamente repetitivo, essa prevenção passa acima de tudo pela mudança comportamental, onde apenas o conhecimento não tem se mostrado muito eficaz.

Diante do exposto, fica evidente que para a superação das várias limitações que o atual modelo implantado no país não conseguiu resolver, surgem dois importantes desafios: um deles seria o aumento da cobertura, com vistas a garantir a universalização da atenção à saúde; o outro seria uma mudança do modelo de atenção à saúde.

Temos hoje a experiência de várias cidades brasileiras que conseguiram construir uma rede de Unidades Básicas de Saúde, o que de certa forma garantiu um considerável avanço no enfrentamento do primeiro desafio apresentado. De outro lado, temos que aceitar o tão pouco que conseguiu-se avançar na mudança do modelo de atenção à saúde, o que faz com que o modelo biomédico ainda guarde, em larga escala, a hegemonia da atenção à saúde.

Neste artigo procuramos estabelecer algumas comparações entre o modelo clássico de Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família.

## **Conceito de Saúde:**

O modelo clássico tem como alicerce o conceito de saúde como ausência de doença, e a Estratégia Saúde da Família conta como conceito fundante a saúde como qualidade de vida. Conceitos como esses são historicamente construídos. São frutos de um processo de construção coletiva da forma de pensar e agir de uma sociedade, e portanto, incorporados de forma profunda por essa população. Para que seja viabilizado um processo de transformação, é imprescindível que se estabeleça um novo processo social.

O primeiro passo para atingir esse objetivo é criar a possibilidade dessa sociedade vivenciar esse novo conceito. Para isso, é inegável a potencialidade surgida com a democratização do acesso aos serviços. Entretanto, apenas isso não é suficiente. É necessário que os profissionais de saúde consigam implantar a nova lógica que norteia a construção desse conceito, o que aponta para duas limitações do processo. Uma delas seria a própria formação/conscientização desses profissionais para essa nova prática. O outro seria a pressão social para o atendimento das demandas, que é importante ressaltar, geradas a partir do conceito clássico de saúde.

Quanto à formação, reverte-se o desafio para a classe acadêmica. Com a implantação de uma nova consciência revertida em mudanças significativas nos currículos de formação dos profissionais de saúde, é perfeitamente possível neutralizar a primeira limitação. Quanto à segunda, é necessário a maestria desses profissionais para promoverem esse processo de transição. Infelizmente, para isso não existe uma receita, mas talvez uma boa estratégia seria a incorporação gradativa de práticas inovadoras nas unidades básicas de saúde, permitindo que a população tenha contato com ações norteadas pelo novo conceito de saúde. Essa incorporação gradativa, e com o impacto positivo dessas novas ações gerarão, sem dúvida alguma, novos elementos na construção coletiva do conceito de saúde. Assim, talvez a única receita que existe é a necessidade da paciência histórica.

## **Clientelismo x direito de cidadania:**

O modelo clássico construiu suas práticas centrado, muitas vezes, na prática clientelista, onde a prestação de serviços de saúde é realizada como um favor e não como um direito de cidadania. Reverter esse aspecto no imaginário da população talvez seja um pouco menos complicado que a mudança de conceito apresentada anteriormente.

Essa afirmativa é apresentada partindo-se da constatação de que essa é uma discussão bastante atual não apenas no setor saúde, mas em todos os setores da sociedade. Após alguns anos de castração do direito dos cidadãos de participar ativamente da política, percebemos claramente alguns avanços na relação entre a sociedade e a administração, infelizmente em alguns aspectos, ainda de forma isolada e regionalizada. Vem aumentando ao longo dos anos a conscientização da sociedade quanto à importância da

***Vem igualmente crescendo uma nova consciência do papel do Estado, não mais como mero provedor de necessidades de seus clientes (população) e sim como coordenador de um difícil processo de desenvolvimento de uma sociedade mais justa, mais farta e mais fraterna.***

garantia dos direitos e deveres de cidadania. Vem igualmente crescendo uma nova consciência do papel do Estado, não mais como mero provedor de necessidades de seus clientes (população) e sim como coordenador de um difícil processo de desenvolvimento de uma sociedade mais justa, mais farta e mais fraterna.

Cabe uma melhor consciência dos profissionais de saúde desse importante processo, para que o mesmo norteie a sua prática, além de um estímulo à participação social no planejamento, execução e avaliação de suas ações.

## **Indivíduo x coletivo**

O modelo clássico tem como centro de sua atenção o indivíduo. Tal fato norteou todo o processo de formação dos profissionais. Mesmo o modelo de Medicina Familiar, que avançou em alguns aspectos ao modelo hospitalocêntrico, ainda considera o indivíduo como o foco principal da atenção à saúde. Desta forma descreveu LIMA (2001):

*"Assim desenvolveu-se ao longo do século XIX uma divisão do modelo assistencial, em contraposição ao modelo ontológico dominante surgiu um modelo fisiológico ou ecológico, em que o indivíduo era o centro das atenções. Buscava-se aí um equilíbrio entre a análise dos quadros clínicos com o hospedeiro, entendendo-se os fatores que predispunham ao desenvolvimento das doenças de formas diversas em diferentes pessoas. Este modelo passou a ser o centro do programa de saúde da Inglaterra, sendo depois levado a vários outros países, entre os quais Cuba e Canadá, são os mais estudados, um por ter um sistema com boa resposta apesar da falta de recursos e o outro por ser o que tem o melhor índice de satisfação de usuários aliado a uma excelente saúde da população."*

Já na Estratégia de Saúde da Família, têm-se ressaltado que as equipes devem concentrar sua atenção no "coletivo" (ANDRADE & MARTINS JÚNIOR, 1999).

Reverter o foco de atenção dos profissionais de saúde do indivíduo para o coletivo é outro grande desafio, pois requer a

incorporação de novos instrumentos ainda não muito comuns nas práticas médicas e de outras profissões da área de saúde atualmente.

Talvez o principal deles seria a epidemiologia. A epidemiologia é indispensável para a saúde coletiva assim como a clínica o é para o modelo clássico de atenção à saúde. A epidemiologia é que permite o diagnóstico de saúde-doença de uma população, primeiro passo para a percepção do "prognóstico" e estabelecimento de uma "terapêutica". Outro desafio, sem nenhuma dúvida é no estabelecimento de uma "terapêutica" (estratégia) que promova uma melhoria do quadro, o que somente poderá ser conseguido com a utilização de bases de dados epidemiológicos no planejamento e programação das ações, aplicando-se o princípio da equidade priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer.

### **Processo Saúde-doença**

O modelo clássico centra sua atenção na pessoa doente. Tal fato é perfeitamente justificável pela potencialidade dos instrumentos e conhecimentos utilizados em sua prática para atingir a reversão desse quadro.

A Estratégia Saúde da Família tem como centro de sua atenção a pessoa saudável, o que não poderia ser diferente pelo conceito de saúde utilizado e já apresentado neste artigo. Entretanto, há de se reconhecer a enorme dificuldade para promover essa mudança. Se para o trato com a pessoa doente existem instrumentos e conhecimentos já comprovadamente eficientes, para a atenção à pessoa saudável é necessário criar novos instrumentos e novos conhecimentos, o que talvez possa ser facilitado com o próximo conceito a ser apresentado.

### **Profissional médico x equipe interdisciplinar**

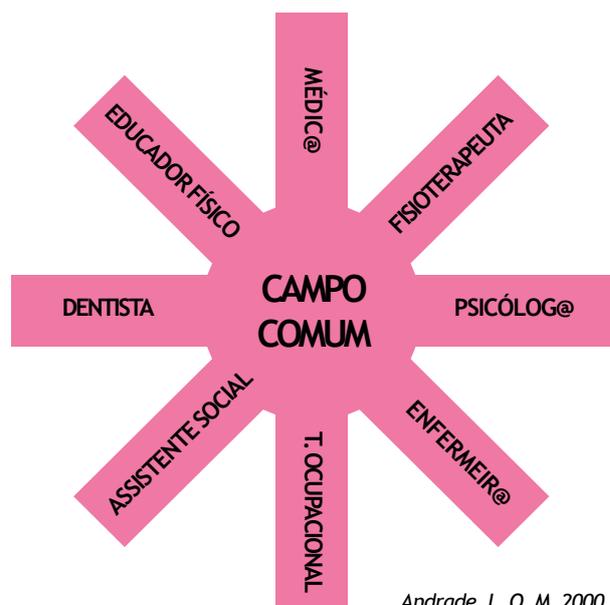
O predomínio do profissional médico nas intervenções geradas pelo modelo clássico é bastante evidente. Entretanto, resgatando a discussão apresentada na introdução deste artigo, com a mudança do perfil epidemiológico que vem sendo observada e a necessidade de centrar a atenção na pessoa saudável, é indispensável a

**... é indispensável a incorporação de novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas do próprio setor saúde, como também de outros setores como a sociologia, a antropologia, as ciências sociais, a urbanística, a comunicação, apenas como alguns exemplos.**

incorporação de novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas do próprio setor saúde, como também de outros setores como a sociologia, a antropologia, as ciências sociais, a urbanística, a comunicação, apenas como alguns exemplos. Apenas com intervenções onde haja predomínio da atuação de uma equipe interdisciplinar é que será possível dar respostas concretas no enfrentamento do complexo quadro de morbi-mortalidade atual.

Em outras palavras, em sua atuação na Estratégia Saúde da Família, e para que esta possa ter sucesso, cada profissional membro da equipe (médico, enfermeiro, odontólogo), deve utilizar-se do cabedal de conhecimentos e ferramentas de sua profissão, mas deve necessariamente estar disposto a construir um novo campo de conhecimento, este comum a todas as profissões atuantes na ESF, já que possui um mesmo objeto de conhecimento: a população a ser atendida. Este campo, interdisciplinar, está em construção e será tanto mais enriquecido e aprofundado, quanto mais tempo empregarmos para construí-lo e entendê-lo (Figura 1).

**FIGURA 1 - A CONSTRUÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE NO SAÚDE DA FAMÍLIA**



Andrade, L. O. M. 2000.

Para enfrentamento e superação do complexo quadro nosológico atual, torna-se necessária a humildade do profissional de saúde (em especial do médico) de reconhecer a sua incapacidade de sozinho atingir esse objetivo, e a consciência dos outros profissionais e setores do seu papel na construção desse processo.

### **Hospital x Rede Hierarquizada**

O modelo clássico, tem como seu principal centro de atenção o hospital. Tal fato é explicável quando consideramos que sua prática é centrada na pessoa doente, com um atendimento predominantemente individualizado. Para o bom exercício dessa prática, o hospital é a estrutura que fornece uma maior capacidade estrutural e tecnológica. Entretanto, quando avalia-se a nova prática

gerada pela Estratégia Saúde da Família percebe-se que o melhor local de intervenção é o mais próximo possível da população assistida, permitindo uma convivência e um maior conhecimento das relações que são estabelecidas em cada território e que geram as formas de adoecer e morrer da população assistida.

No caso da medicina familiar, muitos programas que se propõem a formar o especialista em medicina de família em todo o mundo, ocupam a maior parte do tempo do profissional em formação, em atividades intra-hospitalares. Na prática, os egressos destes programas de residência tem muito mais um perfil de clínico geral e internista, do que propriamente de um profissional preparado para enfrentar os problemas complexos da atenção primária de saúde.

A supervalorização da estrutura hospitalar faz parte também da cultura da "população leiga", até mesmo porque essa comunga do mesmo conceito de doença (o que já foi tratado nesse artigo). Outro aspecto importante é que a Estratégia Saúde da Família não nega a importância do hospital. Ela apenas avança em uma melhor categorização de demandas e necessidades, e assim passa a ter um importante papel na organização dessa demanda, viabilizando a existência de uma rede hierarquizada de atendimento e a melhoria do acesso aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde para aqueles que de fato necessitam.

### **Demanda espontânea x demanda organizada**

A base do atendimento no modelo clássico é a demanda espontânea. Com a incorporação dos novos conceitos dentro da Estratégia de Saúde da Família é importante ter a clareza da necessidade de uma estruturação em torno da demanda organizada.

Esse aspecto torna-se de extrema importância quando são apresentados desafios como centrar a atenção na pessoa saudável e garantir a equidade, priorizando os grupos de maior risco de adoecer e morrer. A demanda espontânea surge a partir de uma percepção individual da necessidade de um serviço de saúde, perfeitamente compatível com o modelo clássico, e que não pode ser ignorado pelos serviços de saúde. Ao estabelecer como centro da atenção a pessoa saudável, vista como parte de um coletivo, promove-se uma nova forma de perceber as demandas e consequentemente a necessidade de sua organização.

É importante ressaltar que esse aspecto é bastante importante para viabilização da rede hierarquizada proposta.

### **OS DESAFIOS ATUAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE:**

Na sociedade atual percebemos uma necessidade do consumo de serviços de assistência à saúde. O alto desenvolvimento tecnológico tem imprimido à prática médica e à sua relação com o paciente uma retomada de um componente mágico na medicina atual. O profissional e o paciente desenvolvem um processo de

mitificação da tecnologia, onde o primeiro, muitas vezes a utiliza mesmo desconhecendo a intimidade de sua estrutura e o segundo desenvolve uma crença ilimitada nessas técnicas.

A implementação desse modelo tem alcançado o seu apogeu mas também o seu questionamento em relação ao efetivo impacto na saúde da população, além do incremento exagerado de custos.

Surge nas últimas décadas a necessidade de consumo daquilo que parece negar a doença: saúde vista como qualidade de vida. Nesse contexto, destacamos a questão da dieta, dos exercícios físicos, dos remédios protetores, dos estilos de vida saudáveis, entretanto ainda com uma roupagem individualista.

O intenso processo de urbanização e seu reflexo na situação de saúde da população tem promovido constantes fracassos do modelo clínico individual, no que se refere à sua capacidade de efetivamente promover mudanças nesse quadro. Isso tem gerado uma tentativa de mudança de atuação do sistema, voltando-se para o coletivo e assumindo um papel mais de promotor de saúde e menos de curador. Se o momento "mais intelectual" do trabalho no modelo clínico individual, o diagnóstico clínico e a prescrição terapêutica sobre o indivíduo está concentrado no médico, nessa nova forma de atuação do sistema o diagnóstico pára a ser sobre o coletivo, assim como a terapêutica.

O principal produto desse novo processo de trabalho passa a ser a transformação de "necessidades de consumo individual" em uma postura ativa e mediatamente social em relação ao andamento humano da vida. Os profissionais para atuarem de forma competente nesse novo modelo, devem ter a capacidade de facilitar essa transformação social. Isto se dá a partir de um compartilhamento de poder, do reconhecimento da importância de outros conhecimentos e da necessidade de construção de novas práticas para a efetivação de um modelo que tem a saúde como qualidade de vida.

***O principal produto desse novo processo de trabalho passa a ser a transformação de "necessidades de consumo individual" em uma postura ativa e mediatamente social em relação ao andamento humano da vida.***

Assim, se o modelo clínico individual tem a biomedicina como a fonte de conhecimentos para sua organização, quais campos de conhecimento são necessários para esse novo modelo? Os conhecimentos biomédicos, sem dúvida alguma continuam a ser importantes, porém são insuficientes para a construção das novas práticas que possibilitem o diagnóstico e a prescrição sobre o coletivo.

Reconhece-se nessa proposta a interseção de vários campos de conhecimento. Dentre esses vários campos de conhecimento,

destaca-se um de grande importância: o profundo conhecimento das dinâmicas das comunidades que convivem no seu cotidiano com os problemas de saúde. Esse conhecimento somente pode ser adquirido pela vivência, e portanto, a fonte desse conhecimento é a própria comunidade.

É importante reconhecer ainda outros conhecimentos para esse diagnóstico e intervenção coletiva para a promoção da saúde da população. Os profissionais que possuem esses conhecimentos como campo específico de seu processo de formação não podem ser vistos como marginais ao processo de trabalho do setor saúde. Esse talvez seja um outro avanço significativo da Estratégia Saúde da Família em relação ao Modelo Médico de Família.

Deve-se reconhecer que o médico diante das mudanças das formas de intervenção na Estratégia Saúde da Família, passa a competir em pé de igualdade com os outros profissionais no que diz respeito à fragilidade de suas habilidades e conhecimentos. Por isso, não deve existir uma relação de hegemonia desse profissional em relação aos outros, mas sim deve-se reconhecer que os conhecimentos do campo específico de outros profissionais são fundamentais para a construção desse novo modelo. Deve ser viabilizado um diálogo entre os profissionais, não negando a importância de campos específicos de conhecimento, mas pelo contrário, valorizando-os como importantes para o desenvolvimento de um processo reflexivo, gerador de mudanças. Além disso, deve-se reconhecer a existência de um campo comum de conhecimento, percebendo-o como espaço privilegiado de construção de novas práticas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALMEIDA, M.; FEURWERKER, L. et all. A educação dos profissionais de saúde na América Latina. HUCITEC. São Paulo, 1999.
- CANESQUI, A.M. et all. Ciências Sociais e saúde para o ensino médico. FAPESP. São Paulo, 2000.
- GONÇALVES, R.B.M. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. São Paulo, 1992.
- NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas Implicações na medicina in Ciências sociais 1. ENSP/FIOCRUZ - ABRASCO. Rio de Janeiro, 1983.
- Relatório Final do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, 1999.
- ROSEN, G. Uma história da saúde pública. HUCITEC. São Paulo, 1994.
- SILVA JR, A.G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. HUCITEC. São Paulo, 1998.



*Reconhece-se nessa proposta a interseção de vários campos de conhecimento. Dentre esses vários campos de conhecimento, destaca-se um de grande importância: o profundo conhecimento das dinâmicas das comunidades que convivem no seu cotidiano com os problemas de saúde.*