

Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira

The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil

Hosanna Pattrig Fertoni¹

Denise Elvira Pires de Pires²

Daiane Biff²

Magda Duarte dos Anjos Scherer³

Abstract *This is a theoretical reflection aiming to highlight the conceptual debate about the health care model and the challenges for primary health care in Brazil. The study characterizes different concepts and terminologies relating to the expression 'care model' and shows that the Family Health Strategy has improved access to health care, and also including user reception and humanization perspectives in health practices. However, one still sees: a centralizing attitude in the treatment of pathologies, and care focused on the biological body; difficulties in implementing comprehensive care; and deficits in training of teams, and in working conditions and relations. The study concludes that the term 'care model' is interpreted as polysemic and that, although there are structuring proposals and policies for a model that can make progress in relation to the biomedical paradigm, the difficulties for its implementation are significant.*

Key words *Family health, Public health policies, Primary healthcare, Health systems*

Resumo *Trata de uma reflexão teórica com objetivo de resgatar o debate conceitual sobre modelo assistencial em saúde e os desafios para a atenção básica no Brasil. O estudo caracteriza diferentes conceitos e terminologias relativas à expressão modelo assistencial e mostra que a saúde da família promoveu ampliação do acesso e incorporação do acolhimento e humanização das práticas. No entanto, verifica-se a persistência da centralidade do tratamento de patologias e dos cuidados ao corpo biológico, as dificuldades na implantação da integralidade e déficits na formação das equipes e nas condições e relações de trabalho. Concluiu que o termo modelo assistencial é polissêmico e que, embora existam propostas e políticas estruturantes de um modelo que avance em relação ao paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas.*

Palavras-chave *Saúde da família, Políticas públicas de saúde, Atenção Primária à Saúde, Sistemas de saúde*

¹ Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá. Jardim Universitário. 87020-900 Maringá PR Brasil. hpfertonani@uem.br

² Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Introdução

O debate sobre as formas de organização das práticas de saúde tem sido intenso, tanto no âmbito político quanto acadêmico, e assumido dois enfoques principais. De um lado, o entendimento conceitual da expressão “modelo assistencial” e das diversas terminologias utilizadas. De outro, as características do que poderia ser um novo modelo orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como as dificuldades apresentadas nas propostas e políticas estruturantes em implantação no Brasil, pós a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde n.8080¹ e n.8142², de 1990, que instituíram o SUS e o controle social.

O designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde. A emergência deste modelo é frequentemente associada à publicação do Relatório Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), que criticava a situação das escolas médicas nos EUA e Canadá. As diretrizes do relatório orientavam no sentido de ruptura com a ciência de base metafísica para a sustentação no paradigma cartesiano^{3,4}, o qual assume destaque e firma-se no campo da saúde.

A hegemonia do modelo biomédico passa, também, a gerar um movimento de críticas que assume relevância internacional a partir dos anos de 1970, as quais também se expressam no Brasil, intensificando-se na segunda metade dos anos de 1980^{5,6}. Por um lado, este modelo foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade. Por outro, seus limites na atenção à saúde das pessoas são amplamente reconhecidos, destacando-se: o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionante do corpo-máquina”; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano⁷⁻¹¹.

Na década de 1980, no Brasil, face aos crescentes custos do setor e num contexto das lutas

pelo fim da ditadura militar, por democracia e por direitos de cidadania, ganha força a crítica ao modelo vigente¹², a qual se expressa fundamentalmente na VIII Conferência Nacional de Saúde¹³ e na promulgação da Constituição de 1988¹⁴, culminando na conquista do SUS, em 1990^{1,2}.

Dentre os temas em discussão, no referido período, destaca-se o conceito de saúde, que passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida, o tema do direito à saúde e de acesso aos serviços de saúde, ambos reconhecidos como direitos de cidadania. Os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular^{1,2,7,15}.

Entretanto, no processo de construção e efetivação dos princípios do SUS, são diversos os desafios para implementar um modelo assistencial que atenda o prescrito no arcabouço legal^{7,12,15-18}. Teixeira e Paim¹⁹ referem “a necessidade de traduzir para a organização dos serviços de saúde os princípios delineados na reforma sanitária e na VIII Conferência Nacional de Saúde”.

A disputa entre o modelo biomédico hegemônico e propostas de modelos alternativos¹², desencadeadas na década de 1980, tem continuidade na década de 1990 e início dos anos 2000. O debate se ampliou nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), colocando em pauta, na X CNS (1996), a necessidade de construção de um modelo de atenção para a qualidade de vida, e na XI (2000), “esta questão reaparece como um dos subtemas de discussão: modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde”¹². Os temas e resoluções da XII CNS (2003), da XIII CNS (2008) e da XIV CNS (2012) abordaram questões relativas à efetivação do direito à saúde e do acesso aos serviços e aspectos relativos a necessidade de reorganização da atenção, das práticas e dos modos de prestar cuidados, os quais são elementos constituintes do modelo assistencial²⁰⁻²².

Neste cenário, a partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família, depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF)²³ pelo Ministério da Saúde, o qual se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS. A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseada na Atenção Primária à Saúde (APS).

As diretrizes prescritas na ESF configuram um “novo” modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades sócio-culturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS)²³.

Em 2012, a ESF e o papel da Atenção Básica (AB) na ordenação das redes de atenção são fortalecidos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). “A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola”²⁴. A AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Cabe salientar que na PNAB os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes²⁴.

A PNAB reafirma que a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção, sendo responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais o apoio à atenção básica e o estímulo à adoção da ESF como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde²⁴.

Contudo, estudos demonstram fragilidades no potencial da PNAB para promover mudanças nas práticas assistenciais, evidenciando que as ações continuam predominantemente centradas no médico, no tratamento e reabilitação de doenças e com deficiências no trabalho em equipe^{18,25,26}.

Além disso, identifica-se que não há uniformidade no emprego do termo “modelo assistencial”. Neste contexto, dois pontos se destacam: a polissemia da expressão modelo-assistencial e suas variações, e os desafios dos movimentos de crítica ao paradigma hegemônico.

Neste sentido, o presente artigo teve como objetivo resgatar o debate acerca das formulações conceituais de modelo assistencial em saúde e dos desafios para a atenção básica no Brasil.

Modelo assistencial: denominações e conceitos

O termo “modelo assistencial” é utilizado com diversas variações terminológicas: “modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos”^{27,28}, “modos de produzir saúde”¹⁶, “modelos assistenciais”^{12,16,28}, “modelo técnico ou tecnoassistencial e modelo técnico-assistencial”^{17,28}, “modos de intervenção”¹², “modelos de atenção”²⁹⁻³¹, ou “mo-

delos de cuidado”³². A diversidade de denominações e de abordagens torna complexa a tarefa de conceituar o modelo assistencial.

A denominação de “modelo tecnoassistencial” é utilizada por Merhy¹⁷ para designar um processo composto por “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência, como uma “tecnologia do cuidado” operada por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras. Este autor contribui para o debate acerca da necessidade de mudança do modelo assistencial hegemônico defendendo que para isso é necessário impactar o núcleo do cuidado, do “trabalho vivo sobre o trabalho morto”. Neste sentido, é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e materiais.

Modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos por Paim¹² como diferentes combinações tecnológicas com diferentes finalidades, como resolver problemas e atender necessidades de saúde, em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos, ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde¹².

Para Campos^{16,27}, modelo assistencial, modelo tecnológico ou modalidade assistencial não deve ser entendido apenas como o desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como são produzidas as ações assistenciais e como o Estado se organiza para dar conta deste processo.

Mendes¹¹, ao analisar o Sistema de Saúde brasileiro dialogando com preceitos internacionais e tratando dos desafios da implantação dos princípios do SUS, diz que “os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS [Redes de Atenção à Saúde], articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”¹¹. Entretanto, “no SUS, ainda que o discurso oficial seja da APS [Atenção Primária de Saúde] como estratégia de saúde da família, ela, na realidade, ainda mistura elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações mais restritas: a APS seletiva e a APS como nível primário de atenção à saúde”¹¹. Apesar da

importância da mudança semântica de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família, é necessário “aprofundar a transformação para que alcance uma mudança de paradigma”¹¹. Segundo o autor, o novo paradigma incorpora preceitos da Atenção Primária de Saúde, reportando-se a resolução da Conferência de Alma Ata (1978) e a definição de Cuidados Primários de Saúde. Defende que “a institucionalização da APS do SUS como estratégia de saúde da família (ESF) significará dois grandes movimentos de mudanças: a superação do ciclo da atenção básica à saúde pelo ciclo da atenção primária à saúde, e a consequente superação do programa de saúde da família (PSF) pela consolidação da estratégia de saúde da família (ESF)”¹¹.

Rosa e Labate³¹ ressaltam, com base em um dos primeiros documentos do Ministério da Saúde, publicado em 1997, sobre a ESF, que o objetivo da mesma é de reorganizar a prática assistencial, ampliando o foco para a família e suas relações sociais e condições de vida, articulando um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As autoras pontuam ainda, fundamentadas em Levcovitz e Garrido³², que a ESF consiste em “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida”, com serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados.

Lucena *et al.*³³ e Mendes³⁴ pontuam que o conceito e a conformação de modelo assistencial estão fortemente associados ao cenário histórico-social de interesses de classes e à evolução dos sistemas de saúde e das políticas de saúde. No Brasil, a partir do século XX, podem ser identificados quatro modelos assistenciais^{16,34}: o sanitário campanhista do início do século; o modelo clínico liberal ou médico assistencial privatista (baseado na concepção de saúde como uma mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população); o modelo racionalizador/reformista (que previa a reorganização e racionalização dos serviços sem mudança de concepção de saúde e de modo de intervenção no processo saúde-doença); e um modelo ainda em construção, que resgata os ideários da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e do SUS, de 1990.

Considerando as formulações teóricas resgatadas é possível concluir que “modelo assistencial” é um termo polissêmico, utilizado para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. No entanto, todos se referem a como, em um determinado contexto histórico-social, são organizados os serviços de saúde, como são

realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida. Entendemos que no processo de configuração de um “modelo assistencial” vários elementos interatuam entre si, influenciando a definição de diferentes práticas assistenciais, articuladas a diferentes contextos históricos e culturais³⁵, o que está caracterizado na Figura 1.

Desafios para a construção de um modelo assistencial na atenção básica

A ESF pode ser entendida como uma formulação que indica problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes, “no sentido de renovar e produzir novos instrumentos, alternativos aos existentes, capazes de resolver os problemas de saúde da população brasileira, aparentemente sem respostas suficientes pelo modelo biomédico flexneriano”³⁶. No entanto, a legitimidade e o alcance da condição de hegemonia do novo paradigma dependem de forte apoio social, e a resolução dos problemas a que se propõe não deve se limitar à esfera da ESF, mas englobar todo o sistema de saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, bem como a efetivação de ações intersetoriais³⁷.

O modelo Saúde da Família (SF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como uma proposta de referência que emergiu na década de 1990, no Brasil, para incentivar mudanças no modelo assistencial em saúde^{31,38}, com vistas a atender ao prescrito na constituição de 1988 e aos princípios do SUS. Assim, nas dimensões político-jurídico e político-institucional, o SUS já se constitui num novo paradigma. Entretanto, é na dimensão político-operacional, ou seja, no plano das práticas de atenção, onde se situa a ESF, que se encontra o grande desafio^{36,39}.

Atualmente, a ESF está incorporada na PNAB²⁴ e o seu conteúdo resgata referências internacionais, como o desenvolvimento conceitual dos Cuidados Primários de Saúde e os ideais e experiências de medicina de família acumuladas em países como o Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra³¹.

A Atenção Primária à Saúde ou Cuidados Primários de Saúde consistem em um conjunto de estratégias formuladas na Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida na cidade Russa do mesmo nome, em 1978. Os Cuidados Primários de Saúde foram assumidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como estratégia para atingir a meta de “saúde para todos”, consideran-

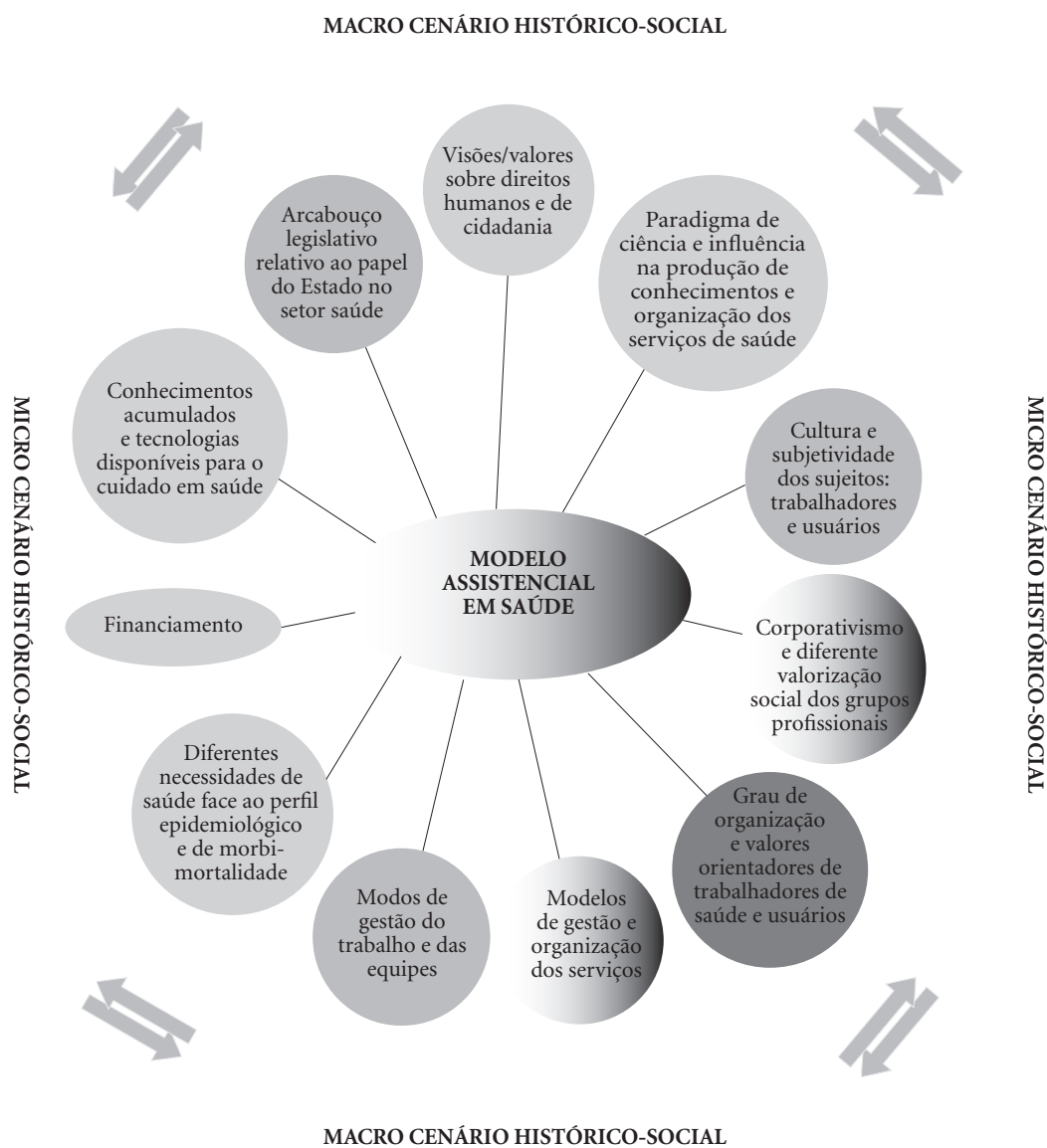


Figura 1. Elementos que interferem na constituição de um modelo assistencial, a partir das formulações de Campos^{16,27}, Paim³⁰ e Pires³⁵.

Fonte: Construído pelas autoras, 2014.

do o reconhecimento da importância de práticas culturais em saúde e da utilização de modos de atenção resolutivos e a custos suportáveis pelos diversos países⁴⁰.

A ESF inspira-se nas resoluções de Alma-Ata e reafirma os princípios e diretrizes do SUS, prescrevendo assistência integral e contínua às famílias e comunidades, em seu espaço social,

entendidas e atendidas a partir do local onde vivem, trabalham e se relacionam. Inclui ainda ações multiprofissionais em uma perspectiva interdisciplinar, a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população da região de abrangência da unidade de saúde, intervindo sobre os fatores de risco²³,

com ênfase na Vigilância em Saúde (VS) e na Promoção da Saúde (PS).

O Quadro 1 apresenta as características do modelo biomédico e do prescrito na ESF e na Política Nacional da Atenção Básica, de 2012, destacando os elementos que sinalizam para a construção de um novo paradigma para pensar e produzir saúde, orientado pelos princípios do SUS.

No processo de construção deste “novo” modelo assistencial na atenção básica, após 20 anos de implantação, verifica-se que ainda persistem muitos desafios⁴¹. O primeiro, diz respeito ao trabalho em equipe considerado essencial⁴² para o alcance dos objetivos da ESF. No entanto, o trabalho mantém-se em geral fragmentado, com persistência de práticas hierarquizadas e da desigualdade entre as diferentes categorias

Quadro 1. Características do modelo biomédico e da ESF/PNAB como principais estratégias de mudanças no modelo assistencial após a implantação do SUS.

	Modelo Biomédico	Saúde da Família
Características	Hegemônico nos serviços de saúde. Organização das práticas de saúde com foco nas queixas dos indivíduos que procuram os serviços na identificação de sinais e sintomas e no tratamento das doenças. A promoção da saúde não é prioridade.	Surge em 1994 e passa a constituir-se em estratégia privilegiada para superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e efetivação dos princípios do SUS. Desenha um “novo modelo assistencial e saúde”, inspirado na Atenção Primária à Saúde (APS) ampliando a abordagem aos problemas de saúde. Articula ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação.
	Prioriza a assistência individual, com ênfase na especialização e no uso de tecnologias do tipo material. Organiza a assistência a partir da demanda espontânea.	Propõe a atenção à saúde com foco na família, grupos e comunidades. O indivíduo é entendido com um ser histórico e social, que faz parte de uma família e de determinada cultura. Considera os determinantes de saúde – doença para o planejamento em saúde e propõe promoção da autonomia e da qualidade de vida.
	O trabalho é desenvolvido de forma fragmentada, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais.	Prevê o trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar.
	Apresenta dificuldade na implantação da integralidade, tanto no entendimento da multidimensionalidade do ser humano, quanto na integração entre níveis de atenção. Falta de comunicação e integração entre os serviços que compõem as redes.	Resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção. Prevê a construção de uma rede integrada de serviços de saúde que atenda o conjunto das necessidades de assistência de indivíduos e populações. A relação entre os níveis de complexidade inclui referência e contra-referência.
	Formação profissional e produção de conhecimento fundamentado no modelo flexneriano de 1910. Profissionais de saúde formados por currículos que pouco valorizam o SUS e o modelo da Saúde da Família.	Reconhece a importância de formar recursos humanos para o SUS.
	O planejamento em saúde é pouco utilizado como ferramenta de gestão e temas como vínculo e acolhimento não são priorizados.	Assume como um dos eixos centrais das práticas, a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade, entre os profissionais de saúde, gestores e população.

Fonte: Construído pelas autoras, 2014.

profissionais, geralmente com subordinação de diversas profissões aos saberes e práticas da medicina⁴²⁻⁴⁴. Essa realidade opõe-se ao entendimento de equipe multiprofissional que deveria atuar na perspectiva interdisciplinar, integrando diferentes saberes com vistas a propiciar uma atenção mais qualificada às necessidades dos usuários. Ainda nesta perspectiva, cabe destacar a centralidade das ações nos cuidados ao corpo biológico, no diagnóstico e tratamento de patologias, e na medicalização^{8,25,45}. Apesar destes aspectos consistirem em um grande desafio, cabe reconhecer a existência de uma heterogeneidade de configurações no trabalho das equipes de Saúde da Família (SF), que variam conforme o contexto social e da região onde se desenvolvem⁴⁶.

O segundo desafio referido na literatura diz respeito às dificuldades na implantação da integralidade^{14,45}, seja na perspectiva do entendimento da multidimensionalidade do ser humano, seja no que diz respeito à relação de referência e contra referência no âmbito do SUS e de integração entre os níveis de atenção. Neste âmbito, destaca-se, positivamente, a recente implantação das redes de atenção, as quais configuram-se em arranjos organizativos de ações e serviços com vistas à integralidade do cuidado. As redes preveem ações orientadas a atender as necessidades de saúde da população, prestadas de modo contínuo e integral por equipes multiprofissionais que compartilham objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos⁴⁷.

Em terceiro lugar, destaca-se o problema da formação inadequada ou insuficiente para o trabalho na Saúde da Família, seja por problemas na educação profissional, seja pelos déficits na educação permanente^{36,48,49}.

Outro importante desafio é a necessidade de superação de significativos déficits nas condições de trabalho, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários e jornada excessiva, problemas na relação quantitativa de equipe/população e déficits nos instrumentos e ambiente de trabalho²⁶.

Como quinto desafio cabe mencionar a importância de enfrentar o problema da relação assimétrica entre profissionais e usuários. As dificuldades no envolvimento dos profissionais com a comunidade, do estabelecimento de vínculo de respeito mútuo e corresponsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde^{36,49}.

A incompreensão acerca do que seja a intersetorialidade, os problemas na estrutura dos serviços e nos processos de gestão também se constituem em grandes desafios na construção

do modelo prescrito para a atenção básica. Ainda são incipientes os espaços para a construção coletiva de novas práticas de saúde, pois as instâncias formais de pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários, ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção³⁷.

Considerações Finais

A busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade. Este cenário está fortemente refletido nas produções acadêmicas, nas políticas, conferências e congressos nacionais e internacionais.

A literatura mostra que o termo modelo assistencial é polissêmico, utilizado com diversas variações terminológicas e para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. Entretanto, com base na produção sobre o tema, é possível afirmar que a conformação de um dado modelo assistencial resulta de um processo histórico-social, que é dinâmico e multifatorial e que sofre influências de uma rede de fatores das esferas macro e microssocial, de uma dada sociedade. Essa conformação envolve valores que orientam a concepção de saúde e de direito à saúde, é influenciada pelos conhecimentos acumulados e pelo paradigma hegemônico de ciência, de modo que diferentes modelos consistem em respostas políticas produzidas frente aos problemas de saúde de uma dada sociedade, considerando custos, demandas e a capacidade dos diferentes agentes em fazer valer seus interesses e direitos.

Os movimentos de definição de um ou outro modelo caminham ora no sentido de conservação do modelo tradicional, ora no sentido de um novo modelo, ora na convivência conflitiva ou complementar entre eles. Destacam-se, neste processo, os movimentos do cotidiano do trabalho em saúde, como as relações entre pessoas, o envolvimento e a corresponsabilização (dos gestores, profissionais de saúde e dos usuários) na atenção à saúde, bem como o vínculo, acolhimento e humanização das práticas assistenciais.

No cenário micro de trabalho, ocorrem disputas entre interesses de diferentes sujeitos. Assim, para construção de um novo modelo assistencial com potencial para romper com o para-

digma da biomedicina, é necessário considerar dois principais aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários. As diferentes contribuições teóricas sobre o tema deste estudo conduzem ao entendimento de que é, a arena de interesses, construídos no cotidiano dos serviços de saúde, que definirá o desenho assistencial.

Identificam-se avanços positivos na consolidação da ESF, principalmente com relação a ampliação do acesso, dos cuidados domiciliares, da atenção à saúde da mulher e da criança, especialmente no pré-natal de baixo risco e puericultura e no cuidado especial com idosos e com as do-

enças crônicas. Contudo, identifica-se, também, a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas. As perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde.

Colaboradores

HP Fertonani e DEP Pires realizaram a concepção e o delineamento do artigo. HP Fertonani, DEP Pires, D Biff e MDA Scherer participaram na redação e crítica do artigo e na aprovação da versão final a ser publicada.

Agradecimentos

Este artigo contou com o apoio financeiro do Cnpq e da Capes.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
2. Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
3. Flexner A. *Medical Education in United States and Canada: A report to the canergie foundation for the advancement of teaching*. 4ª ed. New York: CopyRight; 1972.
4. Pagliosa F, Luiz Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Rev Bras de Educ Méd* 2008; 32(4):492-499.
5. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *IESUS* 1998; 7(2):7-28.
6. Capra F. *O ponto de mutação*. 30ª ed. São Paulo: Cortez; 2012.
7. Silva Júnior AG, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 27-41.
8. Silva Júnior AG. *Modelos technoassistenciais em saúde: o debate do campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1998.
9. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.
10. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(5):739-744.
11. Mendes EV. *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília: OPAS; 2012.
12. Paim JA. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. *Epidemiol e Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. [página na internet] 1986. [acessado 2009 mar 17]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>
14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
15. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):469-478.
16. Campos GWS. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: Campos GWS. *Planejamento sem normas*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 53-60.
17. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
18. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2013; 18(11):3203-3212.
19. Teixeira MGLC, Paim JS. Os Programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. *Cad Saude Publica* 1990; 6(3):264-277.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca*. Conselho Nacional de Saúde. [página na internet] 2004. [acessado 2014 fev 10]. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20CNS.pdf>
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: MS; [página na internet] 2008. [acessado 2014 fev 10]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: MS; [página na internet] 2012. [acessado 2014 fev 10]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS; [página na internet] 1997. [acessado 2014 fev 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Série E: Legislação em Saúde. Brasília: MS; [página na internet] 2012. [acessado 2014 fev 10]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
25. Fertoni HP. *Desafios de um modelo assistencial em defesa da vida, da saúde e da segurança: o que dizem os usuários da atenção básica* [tese]. Florianópolis: UFSC; 2010.
26. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos Modelos Assistenciais da Atenção Básica nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. *Rev Texto Contexto* 2013; 22(1):36-42.
27. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois Faces da Mesma Moeda: Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: MS; 2005. (Normas e Manuais Técnicos, Regulação e Saúde 4)
29. Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007.
30. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.
31. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(6):1027-1034.
32. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cad Saude Familia* 1996; 1:3-8.
33. Lucena AF, Paskulin LMG, Souza MF, Gutierrez MGR. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Rev esc enf* 2006; 40(2):292-298.

34. Mendes EV. *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995.
35. Pires D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde*. 2ª ed. São Paulo: Annablume; 2008.
36. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):53-66.
37. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador: ED-FBA; 2006.
38. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLS, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev bras enferm* 2009; 62(1):11-18.
39. Paim JS, Almeida-Filho N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
40. Starfield B, organizadora. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.
41. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
42. Santos AM, Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2687-2702.
43. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):1439-1452.
44. Oliveira HM, Moretti-Pires RO, Parente RCP. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(37):539-550.
45. Scherer MDA, Pires D, Soratto J. O trabalho na Estratégia Saúde da Família. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça MVM, organizadores. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Editora Saberes; 2014. p. 521-571.
46. Fortuna CM, Matumoto S, Borges CC, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS, Silveira F, Oliveira NF. Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população. *Rev Esc Enferm* 2012; 46(3):657-664.
47. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
48. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimaraes J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cien Saude Colet* 2012; 17(2):555-560.
49. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

Artigo apresentado em 01/03/2014

Aprovado em 03/10/2014

Versão final apresentada em 05/10/2014