

Modelos de atenção à saúde: o que o Técnico em Saúde Bucal precisa saber?

Models of health care: what dental hygienists need to know?

Leonardo Carnut¹
Juliana Faquim²

Resumo

Os modelos de atenção à saúde estão intimamente ligados à constituição dos Sistemas de Saúde e da forma como ele foi pensando em especial à compreensão sobre, saúde, doença e cuidado, e qual o papel desses elementos no contexto socio-histórico em que o Sistema foi criado. O objetivo desse artigo é oferecer ao Técnico em Saúde Bucal subsídios cognitivos sobre Modelos de Atenção à Saúde como forma de suprir as lacunas deixadas pelos cursos de formação, os quais muitas vezes focam nos aspectos biológicos, no reconhecimento e atuação da doença e na reabilitação do doente. Além disso, traz os conceitos e tipos de modelos de atenção à saúde, os elementos dos modelos de atenção à saúde alternativos e os desafios na sua construção, levando à uma reflexão de entender o modelo de atenção à saúde como parte fundamental dos sistemas de saúde e por isso as práticas sanitárias do Técnico em Saúde Bucal devem estar de acordo com sua lógica geral.

Descritores: PSF, SUS, Saúde Bucal, Revisão de literatura com um tópico, Odontologia em saúde pública, assistentes de odontologia.

Keywords: Family Health Programme, Unified Health System, Literature review as a topic, public health dentistry, dental assistants.

Abstract

Models of health care are closely linked to the establishment of Health Systems and the way he was thinking in particular to understanding, health, illness and care, and the role of these elements in the socio-historical context in which the system was created. The purpose of this article is to provide the dental assistants cognitive subsidies on Models of Health Care as a way to fill the gaps left by the training courses, which often focus on the biological aspects, recognition and performance of the disease and the rehabilitation of sick. Moreover, brings the concepts and types of models of health care, the elements of the alternative models of care and health challenges in their construction, leading to a discussion to understand the model of health care as a fundamental part of health systems and therefore the health practices of dental assistants must comply with its general logic.

¹Professor da Universidade de Pernambuco. Doutorando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

² Professora do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde/Universidade Federal de Uberlândia. Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Para correspondência:
Leonardo Carnut
email: leonardo.carnut@gmail.com

Data da Submissão: 30/03/2014
Data do Aceite: 30/03/2014

Introdução

A teoria relacionada à organização dos modelos de atenção à saúde está intimamente ligada à constituição dos Sistemas de Saúde. Especialmente quando se trata dos Sistemas Nacionais de Saúde, o modelo de atenção tem muito a dizer sobre qual a compreensão que os elaboradores dos Sistemas tiveram sobre, saúde, doença e cuidado, e qual o papel desses elementos no contexto socio-histórico em que o Sistema foi criado.

Assim, o que o Técnico em Saúde Bucal precisa saber sobre Modelos de Atenção à Saúde? Bem... nem tanto, mas também, não tão pouco! Certamente o suficiente para compreender que, quando falamos em “Sistema Único de Saúde”, lembramos que temos um sistema que foi construído pelos militantes da Reforma Sanitária Brasileira (contexto socio-histórico) para garantir uma idéia de saúde dos cidadãos da nossa sociedade. Isso requer um aporte teórico que faça com que o TSB sabia defender e criticar o sistema de forma balizada.

Por exemplo, se pararmos para pensar um pouco no dia-a-dia do serviço, parece que o sistema não é de saúde, e sim de doença!

Na prática dos serviços atendemos todos os dias dezenas de usuários com as mais variadas enfermidades. Esforçamos-nos ao máximo, dentro das numerosas limitações que o serviço apresenta para garantir que os usuários tenham a cura de seus problemas. Mas parece que somos melhores em reabilitar a saúde desses pacientes do que em mantê-los saudáveis.

Na realidade, nos nossos cursos de formação, nós aprendemos com mais ênfase a reabilitar o doente (ou seja, a reparar o dano ocasionado pela doença) do que mantê-los saudáveis. Inclusive, estranhamos a presença de usuários que não têm “nada” e até reclamamos quando eles aparecem no serviço. Quem não se lembra de já ter atendido alguém que “não tinha nada pra fazer!”?

Isso acontece porque fomos “treinados” a reconhecer e atuar na doença e nos seus aspectos biológicos apenas. No entanto, esse nosso “treinamento”, que a partir de agora chamaremos de prática sanitária, se aplica a um modelo de atenção à saúde específico, não se aplicando, portanto ao modelo que foi idealizado pelos reformistas para o SUS.

Por isso que, nesse artigo, vamos entender o que é um modelo de atenção à saúde. Aprenderemos também que o modelo de atenção à saúde é uma parte fundamental dos sistemas de saúde e que para que ele aconteça a contento, suas práticas sanitárias devem estar de acordo com sua lógica geral.

Conceito de modelos de atenção à saúde

Um Sistema de Saúde sempre apresenta cinco componentes principais¹:

- a) A Gestão;
- b) A Organização dos serviços;
- c) A Infraestrutura;
- d) O Financiamento;
- e) O Modelo de atenção.

Se observarmos bem, existe uma ordem de surgimento de cada um desses componentes, que neste caso, é de baixo para cima. Logo, o modelo de atenção dita como será o financiamento do sistema; a infraestrutura dependerá do financiamento que se tem disponível; a organização do serviço depende da infraestrutura presente e a gestão é escalada de acordo com o serviço a ser prestado.

Então podemos dizer que o modelo de atenção é a base de um sistema de saúde, e que todos os outros componentes são derivados dele. Daí podemos perceber a importância que o modelo de atenção à saúde tem na constituição de sistemas nacionais de saúde. Mas afinal, o que é um MODELO DE ATENÇÃO?

Modelo de Atenção à Saúde (ou modelo assistencial) é um esquema quase sempre parcial ou mais ou menos convencional sobre como deve ser prestada às ações de saúde². Ou, segundo Paim³, é uma representação esquemática e simplificada de como um sistema de saúde deve funcionar com seus traços principais, fundamentos, lógicas e razão de ser (racionalidades).

Por se tratar de um esquema que tem incutido em si uma lógica própria, os modelos de atenção são idealizados pelos profissionais Sanitaristas (profissionais de nível superior responsáveis pela gestão de sistemas e políticas de saúde) que elaboram mentalmente como esses modelos devem

Concepções internalizadas	Influência na construção do modelo:
Políticas:	Se eu sou um ditador, vou idealizar um modelo de atenção que seja rígido, de administração centralizada, que gere subordinação total de seus membros a um único gestor Se sou um democrata, vou idealizar um modelo que seja flexível, que gere participação das pessoas na sua gestão, que tenha mecanismos de escuta popular.
Ideológicas:	Se creio que o ideal da sociedade é aquele baseado no consumo e na compra de bens por quem possa pagar, logo, vou idealizar um modelo onde as pessoas devam comprar pelos serviços disponíveis no sistema. Se creio que o ideal da sociedade é todos terem saúde independente da sua condição material, então vou criar um modelo que atenda a todas as pessoas independente do caso ou de poderem pagar os custos do atendimento.
Científicas:	Se entendo a saúde com a ausência de doença, então vou idealizar um modelo que retire a doença do corpo das pessoas e para isso precisarei de técnicos que saibam reconhecer bem as doenças nos pacientes. Se entendo a saúde como um bem estar físico, mental e social então vou idealizar um modelo que atinja as causas sociais do malogro mental e físico e assim evitarei que a doença se instale. Para isso acontecer preciso de técnicos que entendam dos problemas sociais além de reconhecer doenças nas pessoas.

Quadro 1. Concepções internalizadas sobre a percepção de mundo e sua influência na construção de modelos de atenção à saúde.

Fonte: Direta

funcionar para resolver as questões de saúde da sociedade em que ele se insere. Contudo, os modelos são altamente influenciados por algumas concepções internalizadas na percepção de mundo dos seus idealizadores. Essas concepções são de caráter político, ideológico e científico (quadro 1).

Apesar de todos esses conceitos influenciarem bastante como os sanitaristas vão conceber o modelo de atenção ideal para cada sociedade, vamos focar nossa análise no conceito científico de saúde.

Durante a história e consolidação do setor saúde como campo científico⁴ o conceito de saúde se modificou ao longo da história e, conseqüentemente, os modelos de saúde que foram idealizados incorporavam na sua lógica o que eles entendiam como saúde. Agora vamos estudar os tipos de modelos de atenção que foram criados ao longo da história no Brasil tendo com base diferentes conceitos do que é ter saúde

Tipos de modelos de atenção à saúde

Como já foram explanados anteriormente, os modelos de atenção à saúde na sua construção sofrem influência do pensamento político, ideológico e etc. Ao estudar os tipos de modelos,

você irá perceber claramente a relação deles com o momento histórico vivido no Brasil.

a) Modelo Médico-Assistencial Privatista

É o modelo mais conhecido dentre os tipos existentes³. Este modelo se baseia no entendimento de que ter saúde é ter a ausência da doença (conceito biomédico). Logo sua lógica de funcionamento é centrada na prestação de procedimentos clínico-cirúrgicos (procedimentos curativos) para “extirparem” a doença do corpo dos indivíduos e assim atingirem a saúde. Com a multiplicidade de doenças e da incorporação tecnológica cada vez mais acentuada no setor saúde, é lógico que os atendimentos sejam feitos por especialistas, que teoricamente, teriam mais capacidade de diagnóstico dessas doenças.

Partindo-se do princípio de que: “se você não sente nada, então você está saudável” esse modelo é orientado para o atendimento de pessoas que buscam o serviço apenas quando percebem que há algo de errado (demanda espontânea)⁵.

b) Modelo Sanitarista (ou Modelo Campanhista)

Este modelo de atenção leva em consideração que a saúde é fruto da interrupção da história natural da doença (conceito multicausal).

Esse conceito de saúde ganha estruturação explicativa proporcionada pelo esquema da tríade ecológica (microorganismo, hospedeiro e meio ambiente)⁶. Portanto o indivíduo e a coletividade adoecem por uma interrelação entre agente, hospedeiros e meio ambiente. Nessa perspectiva, a lógica do modelo tenderá a privilegiar ações que foquem sua intervenção na exposição ao agente etiológico e aos ambientes que o contém.

Daí surgem as grandes campanhas contra doenças (especialmente as infectocontagiosas) como prática sanitária ideal nesse modelo. A prevenção às doenças se torna característica chave desse modelo. Essa prevenção é baseada na ação específica a cada doença, materializada em prática sanitária através das vacinas.

c) Modelos Alternativos

A partir da década de 70, a saúde passou por uma séria crise conceitual. O conceito de saúde biomédico (entendido como ausência de doença) desprezava as doenças que estavam emergindo no seio social com avanço da modernidade. São exemplos dessas doenças: a diabetes, a hipertensão dentre outras. Essas doenças são consideradas “silenciosas”, pois alguns indivíduos possuem e não sentem absolutamente nada, contudo quando descobrem que são portadores, o problema já está agravado demais. Já o conceito multicausal era muito apropriado para doenças infectocontagiosas, entretanto não explica como as doenças da modernidade como as causas externas e os transtornos mentais ocorrem. Obviamente é sabido que não há um agente etiológico que provoque esses agravos aos seres humanos, portanto parece que os conceitos de saúde anteriormente descritos não “dão conta” da diversidade de doenças que estão emergindo nas sociedades modernas.

Com isso, houve a necessidade de se formular um novo conceito de saúde que englobasse todas as formas de doença e que levasse em consideração os aspectos que fazem as pessoas terem saúde e/ou adoecerem nos dias atuais. A partir disso, a comunidade científica se debruçou na tarefa e chegou a algumas conclusões:

i) As pessoas podem estar saudáveis ao mesmo tempo em que estão doentes (como no caso das doenças crônico-degenerativas), então a saúde e a doença não são conceitos totalmente antagônicos,

há, portanto, um processo que une esses dois conceitos. A esse processo, chamou-se de processo saúde-doença.

ii) O ser humano é um ser social e tudo que o nosso corpo apresenta, nada mais é do que o resultado da interação humana entre si e com o mundo. Nós não vivemos isolados; grande parte da vida das pessoas é uma vida coletiva. Logo os aspectos sociais exercem uma influência muito significativa no processo saúde-doença das pessoas. Esses aspectos sociais foram “batizados” de determinantes sociais da saúde.

iii) Se os determinantes sociais são o que causam as doenças nas pessoas então o campo da saúde não pode se restringir apenas à biologia dos seres humanos. Então houve a necessidade de ampliar o objeto de estudo da saúde e a partir desse momento o campo da saúde passou a envolver quatro áreas:

- Biologia humana: que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- Meio ambiente: que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- Estilos de vida: do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- Organização dos Serviços de Saúde: A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área

da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades⁷.

Partindo-se desses pressupostos acima, foi necessário desenvolver um conceito de saúde que acomodasse toda sua amplitude e que refletisse a dinâmica social que hoje vivemos. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1972 redefiniu saúde como sendo: “O completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”.

Esse novo conceito tem servido de base para a construção de modelos de atenção alternativos que suportem toda a sua amplitude. Entretanto isso ainda é um desafio, posto que para alcançar o disposto no conceito da OMS, os modelos de atenção têm de lançar mão de outros tipos de serviços que não apenas a assistência direta através de consultas com profissionais de saúde.

Alguns autores^{8,9} colocam que o bem-estar social dependente mais de outros setores da sociedade (como a política, a economia, a infraestrutura, só pra citar alguns!) do que sistemas de saúde com modelos bem planejados. Entretanto o setor saúde deve fazer a sua parte. Então vamos ver na próxima seção quais os elementos mínimos necessários que um modelo de atenção deve ter, para garantir que as pessoas alcancem o bem estar físico, mental e social.

Elementos dos modelos de atenção à saúde alternativos

Para Paim³, os modelos alternativos devem ter consigo alguns elementos básicos:

a) Distritalização:

Trata-se do recorte geográfico de uma região, sendo esta a unidade assistencial e administrativa mínima do sistema de saúde. Essa região, nas grandes metrópoles, são chamadas de Distritos de Saúde (Distritos Sanitários) e levam também em consideração para o seu recorte aspectos populacionais, epidemiológicos (distribuição das principais doenças), gerenciais, políticos e culturais. A intenção da distritalização é aproximar a gestão do sistema da realidade local intervindo nos problemas de saúde da população específica levando-se em consideração todos os aspectos sociais pertinentes àquele grupo social. Por exemplo: se a maioria das pessoas trabalha no

plântio da cana (trabalho), quanto elas ganham por mês (renda), quais os seus hábitos e costumes nas relações entre os indivíduos (cultura) e etc. Esses fatores sociais, como já vimos são muito importantes na determinação da saúde ou doença. Quando a gerência dos sistemas de saúde está muito centralizada (ou seja, não está distritalizada) há a tendência natural de desconsideração desses aspectos. No nível local, há sem dúvida, a melhor capacidade da gestão de perceber os problemas e intervir nas causas de uma forma mais clara.

b) Oferta Organizada:

As doenças não se distribuem na população de forma igualitária. Algumas pessoas adoecem menos e outras mais. Isso faz com que os profissionais foquem suas intervenções curativas naqueles que concentram a doença em detrimento dos demais que precisam de intervenções que os mantenham saudáveis.

Entretanto, para isso acontecer é necessário que a equipe de saúde organize sua demanda através da identificação dos grupos mais vulneráveis e agendando-os para os tratamentos necessários. Isso não significa que os grupos menos vulneráveis não precisam de intervenção. Esse é o principal erro na organização da oferta de serviços. Os grupos menos vulneráveis devem estar sob “vigilância” da equipe, e esta deve estar sempre promovendo ações que reforcem hábitos salutares.

De uma forma geral as pessoas mais vulneráveis concentram muitas doenças e requerem muita intervenção clínica e cirúrgica. Por vezes os problemas já estão tão avançados que apenas as equipes locais não conseguem resolvê-los. Organizar o atendimento focando nessas pessoas é fundamental para diminuir a carga geral de doença na população. Entretanto dispensar um horário, nem que seja mínimo para os que não estão doentes também é fundamental, pois eles podem vir a adoecer e se tornar mais um indivíduo para “lotar” sua rotina ambulatorial. Então é mais racional estimular a manutenção da saúde nos indivíduos saudáveis mostrando-lhes que, quando eles adotam hábitos saudáveis, estão vivendo mais felizes e precisando menos de intervenções clínicas.

Organizar a oferta de serviços deve levar ainda consideração não apenas os aspectos epidemiológicos (doença e saúde), mas também aspectos culturais do grupo social. Por exemplo: se

a maioria das mulheres da comunidade vai ao culto pela manhã, não faz sentindo marcar o atendimento das gestantes pela manhã porque elas vão faltar as consultas. Isso nos faz perceber que a oferta deve se adequar à **comunidade** e não aos horários do Cirurgião-Dentista ou do Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Obviamente, alguns poucos casos vão escapar à organização da oferta. Por exemplo: os casos de urgências devem estar previstos no atendimento diário, outra possibilidade são aquelas pessoas que “dão um jeitinho” porque são parentes ou amigos de um dos membros da equipe de saúde. Esses casos devem ser atendidos, no entanto deve-se observar a que grupo eles pertencem tentar “encaixá-los” na programação da oferta.

c) Visão integral (Integralidade)

Essa característica está mais ligada ao processo de trabalho do profissional de saúde em particular. A excessiva ênfase na dimensão orgânica do processo saúde-doença faz com que muitas vezes os profissionais imaginem que o seu objeto de trabalho é a **doença** e não a **pessoa**, o que gera de toda sorte de desresponsabilização sobre o que está “fora” da visão do profissional. Julgamos estar cuidando de uma “úlceras”, de uma “hipertensão”, de uma “cárie no 16”, e esquecemos que essas enfermidades são apenas a consequência de uma realidade complexa¹⁰. Uma cárie é infinitamente mais simples do que a mente humana e por sua vez é mais simples que do que o trabalho, família, cultura e etc.

Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais de saúde no processo do cuidado individual sempre ampliem seu olhar transferindo o foco da doença para a totalidade do indivíduo, ou seja, percebendo que a doença (o biológico) é apenas o fim de um processo maior que começou no contexto social, se internalizou na constituição de hábitos insalubres e/ou em ambientes hostis e finalizou no dano instaurado no órgão.

Modelos de atenção à saúde que trabalham seus profissionais para ampliarem seus olhares em relação ao processo saúde-doença conseguem orientar melhor seus pacientes sobre as causas de suas doenças, e quando bem estruturados, dispõem de serviços de retaguarda que conseguem atingir os determinantes sociais das doenças de uma forma mais incisiva.

Desafios na construção de modelos de atenção à saúde alternativos

Mesmo com os elementos básicos acima citados, os modelos de atenção à saúde precisam enfrentar desafios constantes para “pôr em prática” ações de saúde que garantam o alcance do bem estar das pessoas. Esses desafios tem como causa principal o modo capitalista de produção mundializado^{8,9} que gera constantes ameaças ao desenvolvimento de modelos ideais. É interessante identificarmos esses desafios, pois, constantemente estaremos enfrentando-os na nossa prática sanitária diária.

1º) Os modelos de atenção alternativos devem estar preparados para lidar com a dupla carga de doença:

No Brasil, o perfil de adoecimento dos indivíduos é bastante variado. Não conseguimos ainda erradicar as doenças da pobreza (doenças infectocontagiosas como malária, sífilis, tuberculose, hanseníase etc.) e com o avanço da urbanização houve o surgimento abrupto das doenças da modernidade (causas externas, cânceres, doenças do aparelho circulatório, doenças mentais etc.).

Isso gerou um acúmulo de doenças de diferentes naturezas que obrigam aos profissionais de saúde a saberem muito bem diagnosticar e tratar cânceres (doença crônica) como identificar casos de dengue (doença aguda). As doenças crônicas e as agudas têm formas completamente diferentes de promoção, prevenção, vigilância e tratamento. Portanto um desafio para modelos de atenção no Brasil está em organizar-se de um modo que contemple a intervenção nesses dois tipos de problemas.

2º) A gestão deve perseguir a implantação da lógica dos modelos de atenção alternativos

Apesar de a gestão estar vinculada à lógica interna de um modelo como vimos no começo do capítulo, isso é apenas do ponto de vista teórico. Na prática, por diversos motivos, a gestão não acompanha a lógica do modelo gerando incongruências e problemas nos serviços. Por exemplo, no SUS todos sabem que a atenção básica deve iniciar o atendimento aos usuários após um diagnóstico situacional de saúde da população adstrita.

Entretanto, raros

são os casos em que a gerência cobra isso da equipe. Consequentemente os profissionais começam a atender a população sem saber ao certo quais as principais doenças que acometem as famílias e os indivíduos. Isso gera uma situação em que não se sabe quais são os grupos mais vulneráveis do território e tende-se a atender a população de forma espontânea. Isso rompe com a lógica do modelo de atenção e finda por não atingir os objetivos que ele se propõe.

Em uma perspectiva mais “macro” da gestão, é fácil perceber quando um gestor apóia ou não um modelo de atenção específico. Por exemplo: no SUS, é sabido que a atenção básica é o nível de atenção mais importante do sistema onde, 80% dos problemas de saúde devem ser resolvidos. Entretanto, em alguns governos estaduais, é comum a construção de centros de urgência e hospitais de grande porte em detrimento de unidades de saúde da família. Obviamente isso vai de encontro à lógica estabelecida para o modelo do SUS cuja porta de entrada é a atenção básica. Nesse caso, os usuários, por não terem cobertura adequada pelo programa de saúde da família, “deságuam” nas portas das urgências e emergências com problemas de saúde típicos de serviços de atenção primária. Tudo isso é consequência de uma gestão que não corrobora com a lógica do modelo de atenção.

3º) Os modelos de atenção alternativos e seu funcionamento devem estar claros no ideário social

Os modelos de atenção devem ser entendidos e discutidos com a população para que estes compreendam sua lógica e funcionamento. Os meios de comunicação em massa (como rádios comunitárias, carros de som, televisão) desempenham um papel fundamental nesse caso. Entretanto, o que acontece frequentemente, é que a mídia prestigia o modelo médico-privatista e o ideário social crê que esse tipo de modelo baseado em consumo de consultas e compra de serviços privados é o melhor para a saúde da população.

Outro aspecto está relacionado com o simbolismo do hospital como local de prática médica de excelência. No SUS, o hospital nada mais é do que mais um nível de atenção marginal e que deve ser acessado apenas em casos de extrema gravidade.

Contudo, a população em geral acredita que o hospital é o melhor local e migram para esses serviços em

busca de atendimento, mesmo em casos muito simples. Mas uma vez esse fato rompe com a lógica do modelo favorecendo o seu insucesso.

4º) Os profissionais de saúde devem ter o perfil necessário para as práticas sanitárias necessárias ao modelo de atenção alternativo

Os serviços de saúde são extremamente dependentes de recursos humanos, mesmo sob alta incorporação tecnológica. Logo, os profissionais de saúde desempenham um papel crucial no desenvolvimento de práticas sanitárias que reforcem o modelo de atenção. As práticas sanitárias (procedimentos, ações e atividades de saúde) em modelos alternativos transcendem a prática clínica e requerem outras habilidades de caráter social. No entanto, os cursos de formação de profissionais de saúde (tanto técnicos, quanto superiores) ainda focam sua grade curricular excessivamente em atividades clínicas e renegam as habilidades mais humanísticas da prática sanitária gerando profissionais sem o perfil adequado para trabalhar nesses modelos. Quando os profissionais sem o perfil adequado são recrutados para trabalhar nos modelos de atenção alternativos eles tendem inconscientemente a realizar atividades opostas às desejadas porque sua formação foi insuficiente para atuar nesse modelo. Isso promove um “jogo de aparências” muito perverso, pois o profissional trabalha para o insucesso do modelo e, por conseguinte leva a ineficiência do sistema por completo.

Essa talvez seja uma das questões mais delicadas (se é que se pode escolher uma!), pois, aliado a ausência de um perfil adequado para trabalhar no modelo, outros modelos de atenção como a da assistência privada competem com os modelos alternativos pelo profissional. Isso faz com que ele “sirva a dois senhores diferentes” cuja lógica de funcionamento são completamente distintas.

Devido a isso, há normalmente uma transferência das práticas sanitárias exercidas no modelo médico-privatista para os modelos alternativos de atenção. Como se não bastasse, a mídia ainda tem sua parcela de responsabilidade nisso. A mesma induz o ideário social a desprestigiar os modelos que não atendem a suas demandas (a acumulação de superlucros) e rechaçam os modelos alternativos, através de formas muito subliminares. Por exemplo: normalmente nas novelas, o médico que é rico,

bonito e tem um “carrão importado” não trabalha no SUS e sim em consultórios privados superespecializados com uma clientela classe A. Afinal de contas, na sociedade do “culto à imagem” em que vivemos quem não gostaria de ser um médico desses?

Conclusão

Na busca do que o TSB precisa saber sobre Modelos de Atenção à Saúde é possível afirmar que a necessidade da construção de modelos de atenção à saúde alternativos é a resposta da questão. Vários são os desafios cotidianos que o SUS enfrenta para se estabelecer como um modelo diferente daqueles exercidos no passado. A proposta dos modelos alternativos nos serve para entender o porquê o Sistema Único de Saúde não deve regredir ao aproximar dos modelos anteriores e porquê o Técnico em Saúde Bucal deve defender radicalmente esse nova proposta.

Trabalhar nos moldes dos modelos de atenção alternativos exige outras habilidades e competências dos TSB que extrapolam as características técnico-biológicas. Entender o papel e a premência da construção dessas novas características profissionais requer que o técnico compreenda com muito afinco a proposta alternativa de atenção à saúde na qual o SUS se assenta.

Referências

1. Kleczkowski BM, Roemer MI, Werf AVD. Sistemas Nacionales de Salud y sur e orientación hacia la salud para todos: pautas para una política. Cuadernos de Salud Pública, 77, 1984.
2. Bunge M. Teoría y Realidad. Barcelona: Ariel, 1972.
3. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, L.; Scorel, S (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2008 Pg. 547-574.
4. Adam P, Herzlich C. Sociologia da Doença e da Medicina. Tradução de Laureano Pelegrin. Baur: EDUSC, 2001. 144p.
5. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella, L et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p 215-46.
6. Putinni RF, Júnior AP, Oliveria LR. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva 2010; 20(2)753-767.
7. Scliar M. História do Conceito de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva 2007; 17(1):29-41, 2007.
8. Laurell AC. Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. 3a. Edição. São Paulo: Editora Cortez. Revisão Técnica: Amélia Cohn. Tradução Rodrigo León Contrera. 2002.
9. Pereira PAP. Política Social: Temas & Questões. São Paulo: Editora Cortez, 2008.
10. Carvalho SR., Cunha GT. Gestão da Atenção Primária na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. Editora São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pg 837-871; 2006.