

MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE -

Maria José Bistafa Pereira e colaboradores

Quando se fala de modelo assistencial, pensa-se em um certo modo de “fazer” saúde, delineando a forma como os serviços – públicos ou privados – e o Estado se organizam para a produção e a distribuição das ações de saúde. É fundamental que se tenha a clareza de que essa produção se dá em um determinado contexto social, onde determinações de diferentes ordens - sociais, políticas, econômicas e técnicas – se fazem presentes: um jogo permanente de forças que encaminham a construção/conformação de uma determinada prática social, neste caso específico, a prática de saúde.

Com essas considerações pretende-se explicitar que ao se propor identificar e/ou construir um modelo assistencial, não se fala em formas rígidas e fechadas de produção e distribuição de ações de saúde. Não se fornecem “receitas” mas sim reflexões sobre um certo modo de se fazer saúde, considerando as diferentes determinações presentes em uma sociedade articulada no processo de produção deste setor.

Merhy (1991) conceitua Modelo Assistencial ao considerar que a organização da produção dos serviços de saúde parte não somente de um determinado arranjo dos saberes da área e/ou dos projetos de construção de ações sociais específicas, mas também a partir de estratégias políticas de determinados agrupamentos sociais.

Entende-se, portanto, que Modelos Assistenciais expressam projetos políticos que orientam a organização dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, Merhy (1991) aponta para a necessidade de identificar:

- O que é tomado como problema de saúde, naquele momento histórico, considerando conhecimento, interesses e concepção do processo saúde – doença;
- Quais as disputas presentes na sociedade e as forças políticas produtoras de interesses que determinam o modo de como se assiste à saúde das pessoas. Quais as relações que existem entre os direcionamentos dos serviços de saúde e as disputas sociais presentes no cenário nos diferentes momentos (grandes interesses econômicos, organização financeira internacional e história política que se constituiu);
- Quais as possibilidades de intervenção nesses problemas. Com que profissionais, com que instrumentos (saberes) e com que instituições essas intervenções serão realizadas.

Referindo-se às diretrizes apontadas e à produção científica de diversos autores, este texto apresenta, sinteticamente, os Modelos de Atenção à Saúde configurados no Brasil.

MODELO CAMPANHISTA

No período pré republicano – antes de 1889 – a economia do país era centrada na agricultura cafeeira e havia poucas ações governamentais na área da saúde. A principal preocupação era com o controle das epidemias. Os instrumentos de atuação estavam assentados no saber miasmático, além das intervenções de higiene política e controle coercitivo do meio físico. A organização da assistência à saúde era voltada para a

segregação dos doentes com a finalidade de preservar os sadios, ajudando assim a sanear o espaço urbano.

O Modelo Campanhista se configurou no final do século XVIII até as duas primeiras décadas do século XIX, quando as questões de saúde passaram a se constituir como um grave problema econômico para o Brasil, uma vez que as doenças infecto-contagiosas tomaram grandes proporções nos principais centros urbanos e ameaçavam as relações comerciais do país, bem como a política de imigração.

Neste contexto, a assistência à saúde dos pobres, que, por sua vez, estavam fora do processo produtivo, era basicamente realizada pelas instituições religiosas, enquanto o Estado de preocupava com a saúde das cidades, ou seja, com o saneamento dos portos e núcleos urbanos. Investia-se na criação de condições sanitárias para que essas não se tornassem obstáculo para as relações comerciais com o exterior e para que também não prejudicassem o êxito da política de imigração. O cenário desse quadro era a hegemonia da corrente bacteriológica que se tornou o eixo norteador desse modelo assistencial que utilizava a engenharia, a política e as campanhas sanitárias. O Estado não tinha atuação efetiva sobre o corpo individual e nem na educação sanitária. As ações por ele desenvolvidas eram voltadas exclusivamente para o controle do meio ambiente, como controle de vetores dos domicílios, remoção de cadáveres, aplicação compulsória de vacinas nas pessoas em suas residências, o que se constituía numa ação controladora, fiscalizadora, coercitiva e autoritária.

MODELO MÉDICO SANITÁRIO

No período compreendido entre 1925 e 1960, concomitante ao desenvolvimento do modelo campanhista, estabeleceu-se um outro modelo de atenção: o Modelo Médico Sanitário. Este período, para o Brasil, é circunscrito pelos efeitos advindos do pós 1ª guerra mundial e é marcado pelas restrições comerciais, tanto de exportações de mercadorias como de importações de produtos. Há uma deteriorização nas condições de vida da população urbana marcada por importantes movimentos sociais reivindicatórios acarretados pelo aprofundamento das desigualdades sociais e pela perda da hegemonia da oligarquia cafeeira. É neste cenário que emergiram novos padrões de desenvolvimento econômico, criados pelo início do processo de industrialização que emergia e conformava o proletariado brasileiro. Houve também, também o aparecimento de uma nova força econômica e política representada pelo setor burguês industrial.

O poder oligárquico tinha, naquele momento, estabelecer negociações com os novos setores que representam forças políticas na sociedade (burguesia e operariado). Havia a necessidade de se estabelecer consensos e negociações.

Os serviços de saúde se organizaram em estruturas verticais e centralizadoras. Desenvolviam assistência médica inicialmente para portadores de doenças infecto-contagiosas e mais tarde para outras doenças específicas. O objeto de atenção passou a ser o comportamento humano e o corpo humano ao se utilizar de instrumentos da educação sanitária, na medida em que havia sido estabelecida uma associação importante entre comportamento humano, surgimento das doenças e condições de vida.

As ações de prevenção de doenças e promoção à saúde seriam executadas através de exames médicos - periódicos e preventivos, por orientações sobre saúde e medidas de higiene. Assim, a educação sanitária transformou-se revestida de coerção e controle sobre o comportamento e produziu uma nova consciência sanitária.

Nesse momento, para operar as ações de saúde, os saberes utilizados eram aqueles da bacteriologia, da epidemiologia da clínica e da pedagogia. Os agentes desse processo eram médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores sanitários, atendentes de enfermagem e visitantes sanitários. Com esse arranjo, a organização da assistência à saúde voltava-se para o controle epidemiológico e sanitário bem como voltada para a organização da força de trabalho, já que o modelo buscava a manutenção da força produtiva.

Até o final da década de 60 ocorreram processos de centralização e descentralização dos serviços de saúde. Houve expansão da rede assistencial e de equipamentos (EQUIPAMENTOS OU ESTABELECIMENTOS???) de Saúde Pública, no entanto, essa expansão foi muito lenta e esse modelo marcou pela atenção médica ofertada a grupos populacionais determinados – como o materno-infantil, a manutenção de campanhas sanitárias e a incorporação de ações educativas.

Vale ressaltar que a medicina previdenciária teve significativa expansão nesse período.

MODELO MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA

O Modelo Médico Assistencial Privatista teve no Brasil sua marca fundamental na Previdência Social brasileira. Em 1923, através da Lei Elói Chaves - Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - a Previdência Social, na área de assistência médica, foi circunscrita pelo modelo de atenção que tomava o sujeito a partir da necessidade de restauração de seu corpo anatomo-fisiológico, com vistas a reinseri-lo, o mais rapidamente possível, no mercado de trabalho. A previdência Social instaurava assim um modelo de atenção no Brasil baseado na biologia humana.

No final da década de 60 e início dos anos 70, num movimento internacional, países da América Latina adotaram uma política de atenção voltada aos cuidados primários em saúde. Prevvia-se que o desenvolvimento econômico precisaria de ser articulado a ações específicas, principalmente na área da saúde, e, nesta direção, se configurou a política social de extensão de cobertura.

Nesta perspectiva, no período do final da década de 60 até início da década de 80, o Modelo Assistencial se evidenciava pelo crescimento da medicina previdenciária. Ações que eram estendidas a seguimentos populacionais – urbano e rural – inseridos ou não no mercado formal de trabalho, desde que, de alguma forma, contribuíssem com os cofres previdenciários. Havia uma centralização na prática médica individual, curativa, assistencialista e especializada em detrimento da saúde pública. Criou-se, através da intervenção do Estado, um complexo médico industrial, desenvolvimento da organização da prática médica na lógica da lucratividade do setor, o que potencializou a capitalização da medicina e o setor privado da saúde. A forma de remuneração dos serviços de saúde contratados e conveniados variava pela complexidade e pela densidade tecnológica dos procedimentos médicos, reforçando assim, a incorporação tecnológica do ato médico e a capitalização das empresas.

Os agentes presentes nesta configuração foram médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e incorporaram-se especialistas. O saber clínico especializado e a educação sanitária operaram nas ações de saúde, visando à manutenção e restauração da força produtiva.

A falência deste modelo nos anos 80, que ficou conhecido por Modelo Médico Assistencial Privatista, foi anunciada. A forte repercussão da crise fiscal do Estado, nos cofres da Previdência Social, a prática médica hegemônica baseada em atos curativos, sustentados pelo ensino flexeneriano, não alterou o perfil de morbi-mortalidade e ainda representava custos crescentes. Era incompatível sua expansão com a racionalização dos custos. O modelo apresentava superposições, ausência de coordenação e controle, crescente insatisfação dos usuários, trabalhadores e prestadores. Muitos indicadores evidenciaram que mudanças se faziam necessárias.

Esta crise não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesa, mas emergia de uma série de ações políticas, caracterizadas fortemente pelo desemprego crescente, redução real do valor dos salários, fraudes contra o sistema previdenciário, baixa cobertura assistencial do setor público estadual e municipal, custos crescentes da assistência médica pela incorporação de novas tecnologias, bem como um modelo de saúde dominante pautado na assistência médica individual e curativa.

Diante desse quadro, foram desencadeadas medidas governamentais que culminaram com a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que detinha como objetivo principal promover a revisão gradual do modelo médico assistencial da Previdência Social. Este conselho apresentou uma proposta de cunho reformista e racionalizador, explicitando a necessidade de criar um sistema integrado, regionalizado e hierarquizado com vista à cobertura universal em sua expansão.

Nesse período houve intensa movimentação política e social pela redemocratização do país e no setor saúde essa luta foi representada pelo forte movimento da Reforma Sanitária que teve do como pontos fundamentais a necessidade de ampliar o conceito de Saúde tomando-o como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, lazer, trabalho, salário, transporte, meio ambiente, acesso a serviço de saúde. A saúde, anteriormente, era concebida como resultante do modo de organização social de produção, que gerava desigualdades. Tomar a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e instituir um Sistema Único de Saúde com princípios essenciais – integralidade, descentralização e controle social foi o objetivo primordial desse processo.

A estratégia inicial para viabilização das propostas do CONASP foram as Ações Integradas da saúde (AIS), norteadas pelos princípios da universalidade do atendimento, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, democratização através da participação do sociedade civil e do controle dos usuários incluindo setor filantrópico e privado. Ocorreu, portanto, uma ampliação dos investimentos do Estado e a de assistência médica individual. O foco predominante de assistência continuou sendo a doença, contudo procurou fortalecer uma visão social de saúde, onde a organização da assistência à saúde era voltada não somente para o controle e reabilitação da força de trabalho, mas também para buscar o fortalecimento da visão da saúde como direito social.

Neste momento, ocorreu uma concentração de esforços para prover ações mais articuladas entre os três níveis de Estado, assim como a necessidade de proceder a gestão dos serviços de saúde entre os três níveis. Houve ampliação da rede física e a incorporação de outros agentes de saúde que até então não estavam presentes nos postos de saúde da rede pública. Os saberes continuavam sendo o conhecimento dos modelos anteriores, havendo ensejo de integrá-los, contudo essa integração ficou mais no nível do desejo.

Mesmo em dúvida, as AIS ganharam força na Nova República, expressada pela própria ampliação numérica de municípios que aderiram ao convênio. As tensões e disputas

entre os grupos que representam a medicina de mercado, apoiado por atores sociais que ocupavam espaços no Ministério da Previdência social e os que defendiam as propostas de implantação da Reforma Sanitária, estes mais presentes nos espaços o Ministério da Saúde, resultaram num documento tático que propunha uma política de integração entre o MPAS e MS, criando assim o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em substituição as AIS.

Durante o movimento da reforma, neste período do SUDS, ocorreu um processo de desestabilização na Previdência Social, que promoveu a retirada gradual do INAMPS como prestador de serviços, diminuindo as transferências ao setor privado, aumentando o controle sobre fraudes. Esse movimento incentivou e reforçou decisões colegiadas e outras medidas que visavam agilizar a descentralização, fortalecer o setor público e fortalecer o setor filantrópico. Essa estratégia encontrou sustentação política pela presença de atores sociais da Reforma Sanitaria na direção do INAMPS, no movimento sanitário, pela posse de governadores, prefeitos, secretários e elites médicas da saúde defensores da extinção da política de saúde emanadas da Previdência social.

O SUDS trouxe contribuições importantes, contudo não conseguiu se fortalecer suficientemente para se constituir em uma estratégia de mudança do Sistema Nacional de Saúde, mesmo procurando operar com os princípios da reforma sanitária. Neste processo teve de enfrentar o INAMPS, que se mantinha, como base sustentadora do Modelo Médico Assistencial Privatista na Previdência Social, e para isso foi implantando a desconcentração (repasso de recursos financeiros para os Estados e destes para os municípios).

Com o fracasso do plano Cruzado, segmentos que defendiam a permanência das políticas de saúde, associados a grupos conservadores passaram a ocupar espaços executivos, desempenhar poder legislativo e nesse embate ocorreram momentos de retrocesso, de resistência e continuidade da construção do SUS. Esse período corresponde aos anos de 1983 a 1987. Concomitantemente à turbulência que o SUDS enfrentava, foi realizada a 8ª Conferencia Nacional de Saúde - CNS que se constituiu num marco histórico. Seu relatório final foi incorporado na elaboração da nova Constituição Brasileira de 1988, no capítulo da saúde. Este texto apresentava ambigüidade, já que incorporava diretrizes que faziam parte do cotidiano do Modelo Médico Assistencial Privatista, contudo foi considerado um avanço significativo que permitiu inclusive a continuidade da luta entre o projeto neoliberal e o da reforma sanitária.

Considerando o período compreendido entre o início das AIS e a implantação e desenvolvimento do SUS, tivemos um contexto político econômico social marcado por períodos de crise econômica internacional, efervescência política e social pela redemocratização do país, disputa entre a atenção médica de mercado e aquela defendida pelo projeto da reforma sanitária. Este contexto foi permeado pelas políticas da globalização e domínio do capital financeiro internacional. Os esforços para garantia do aumento gradativo dos recursos para o setor foram constantes na arena embora a maior parcela havia sido destinada à assistência hospitalar.

Evidenciou-se a incorporação de várias categorias profissionais, contudo os respectivos saberes são operados isoladamente dentro uma clínica restrita. Apenas mais recentemente percebeu-se uma maior preocupação em investir numa estratégia que preconizasse a articulação dos saberes, num trabalho em equipe, com vistas à integralidade da assistência, valorizando as tecnologias leves (escuta, vínculo, co-responsabilidade, autonomia) como também ações intersetoriais e a participação da população na organização dos serviços de saúde. A saúde começou a ser concebida como direito social e a

organização, apesar de não conseguir realizar a inclusão, teve essa dimensão enquanto ideário.

O termo Modelo Assistencial tornou-se atualmente, uma temática muito freqüente nas pautas de discussão dos eventos de saúde, sem o qual não se consegue discutir nem os objetivos das ações de saúde, nem o perfil do trabalhador talhado para propostas de mudança de modelo.

Merhy tem utilizado a terminologia TECNOASSISTENCIAL ao modelo, visto essa discussão de modelo comporta duas situações:

- 1- Uma delas diz respeito ao aparato institucional e é utilizada para organizar as ações de saúde enquanto serviço;
- 2- A outra, fala sobre a configuração do que é tomado como problema de saúde (TECNOLÓGICO).

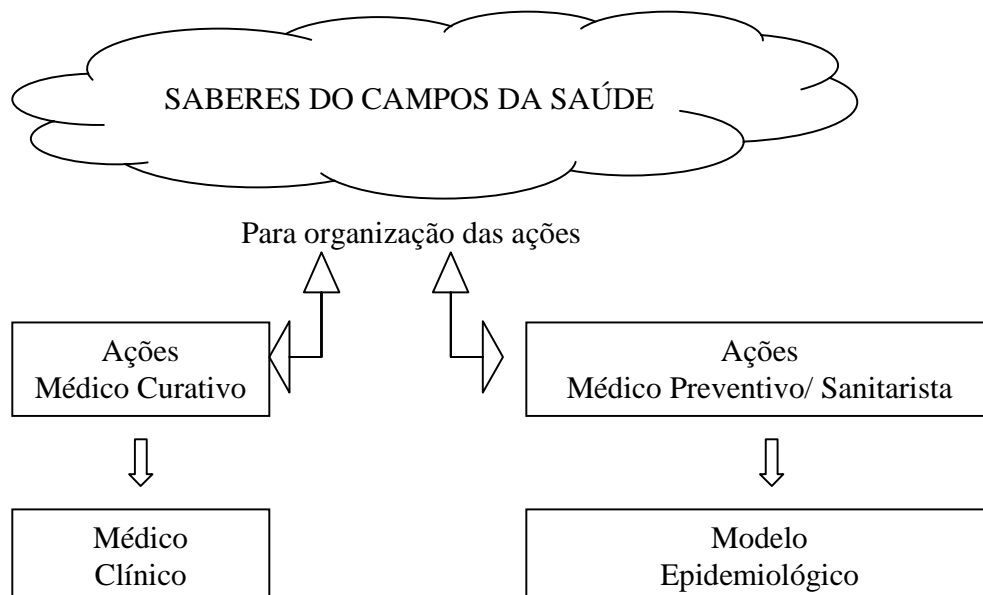
O autor ainda considera modelo aquilo que é pautado em uma das diretrizes básicas de um determinado projeto de política social para a área de saúde. Expressam-se os interesses políticos dos diferentes grupos sociais e também a relação existente entre as ações de saúde e o conjunto das práticas políticas presentes em uma sociedade específica.

O que foi apresentado até o momento, trata-se de uma das maneiras de buscar compreender Modelos Assistenciais

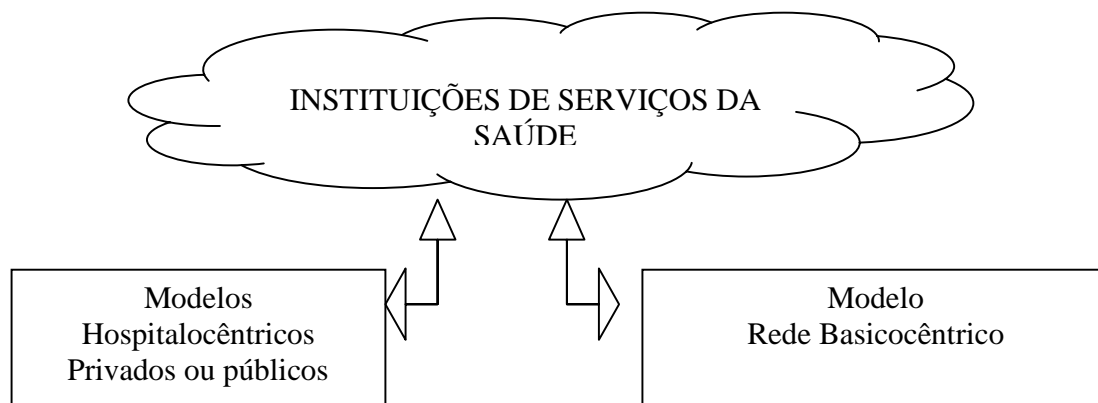
O conceito sobre modelo apresenta uma série de variações:

- 1- Definição de modelo a partir da organização de saberes do campo da saúde.

Pauta-se nos saberes do campo da saúde para a organização das ações e, por essa fundamentação, consideram os modelos assistenciais baseados nas ações médico-curativas e médico-preventivas / ou sanitárias. Assim se conforma o modelo clínico e o modelo epidemiológico.



2- Definição de modelo a partir da organização de instituição de serviços de saúde, tanto quanto instituições prestadoras, como pela hierarquia estabelecida entre si.



Serviço de Atenção Primária
Serviço de Atenção Secundária
Serviço de Atenção Terciária