

15. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Jairnilson Silva Paim

Um sistema de serviços de saúde é formado por componentes e funções principais: infra-estrutura, organização, gestão, financiamento e prestação da atenção (Kleczkowski, Roemer & Werf, 1984). Neste último componente, abrigam-se as noções de modelo de atenção ou modelo assistencial, referindo-se ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações ou às práticas de saúde. Sem pretender distinguir modelos assistenciais e modelos de atenção, este capítulo tem como propósito destacar a dimensão técnica ou tecnológica das práticas de saúde, ainda que considerando o desenvolvimento histórico das políticas e da organização dos serviços correspondentes. A preocupação central é com o 'conteúdo' do sistema de serviços de saúde (práticas de saúde) e não com o seu 'continente' (infra-estrutura, organização, gestão e financiamento), abordado nos capítulos 3, 12 e 13.

Inicialmente, são discutidos os significados do termo 'modelo' no senso comum e no campo científico, ressaltando-se a relevância de identificar os traços fundamentais dos modelos de atenção à saúde predominantes no Brasil e certas racionalidades que orientam algumas propostas alternativas. No tópico seguinte, procura-se contextualizar a reflexão sobre modelos empreendida pela saúde coletiva. A partir daí, realiza-se uma revisão crítica das concepções sobre modelos de atenção, inclusive de certas propostas alternativas identificadas na literatura, indicando algumas conclusões provisórias.

Diversos textos técnicos, documentos oficiais e publicações científicas têm utilizado as noções modelos de atenção ou modelos assistenciais de forma variada, a partir da década de 1980, sem uma preocupação com o que significam. Embora não seja intenção produzir uma elaboração conceitual neste capítulo, faz-se necessário discutir algumas concepções presentes nessas noções no sentido de facilitar a comunicação. A consulta aos dicionários não é suficiente para esclarecer os significados. A palavra 'modelo', por exemplo, tem acepções diversas na língua portuguesa, assumindo diferentes conotações na ciência em geral e na área da saúde, em particular.

Modelo, nos dias atuais, faz lembrar moças e rapazes que lançam moda nas passarelas. No passado, pode-se recordar o livro *Fazenda Modelo*, no qual Chico Buarque ironizava o 'milagre econômico' da ditadura a partir de um boi reprodutor que teria alcançado grande produtividade, servindo de exemplo, padrão ou referência para outros bovinos, fazendas e países. Assim, a palavra modelo insinua algo exemplar a ser seguido como uma norma ou forma, a ponto de os costureiros iniciarem seu aprendizado desenhando e recortando o papel que serve de referência para a confecção da roupa do cliente. E as crianças, ao serem levadas a brincar com massa de modelar, criam diferentes objetos através de formas que procuram imitar. Conseqüentemente, esta carga semântica da palavra modelo como algo exemplar, norma, padrão, referência ou forma é muito forte e tende a estar presente no entendimento das expressões modelos assistenciais ou modelos de atenção. Todavia, essa compreensão traz uma armadilha: insinua enquadramento, normatização ou padronização, fazendo-se necessário alertar ou, se possível, evitar.

Na ciência, o termo modelo muitas vezes se confunde com paradigma. Este, por sua vez, também apresenta uma polissemia, ou seja, várias conotações. Mas, de um modo geral, significa uma representação simplificada da realidade onde se retêm e se destacam seus traços fundamentais. Modelo é uma espécie de esquema sempre parcial e mais ou menos convencional, posto que se ignora a maior parte das variações individuais (Bunge, 1972). Pode ser um desenho (modelo pictórico), um conjunto articulado de conceitos (modelo teórico ou modelo teorético) ou uma fórmula (modelo matemático). Justamente esta representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde, no que tange à prestação da atenção, pode ser entendida como modelo de atenção ou modelo assistencial. Não como algo exemplar, uma norma ou um padrão que todos devem seguir, mas a identificação de seus traços principais, seus fundamentos, suas lógicas, enfim, sua razão de ser ou as racionalidades que lhe informam.

Portanto, quando a reflexão sobre modelos de atenção se desloca do senso comum para o campo técnico-científico, impõe-se buscar certa precisão conceitual para facilitar a compreensão e orientar as escolhas técnicas e decisões políticas na saúde. Nessa perspectiva, importa identificar os traços fundamentais e as racionalidades que caracterizam os modelos de atenção existentes, bem como as propostas alternativas.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Como se procurou argumentar, modelo de atenção à saúde não significa algo exemplar e único, tal como apresentado em alguns documentos e discursos, como “o modelo de atenção do SUS deve ser a saúde da família” ou “o modelo assistencial do Brasil é hospitalocêntrico”. Entendendo o termo modelo como uma representação da realidade de saúde, se procurará destacar as racionalidades que orientam as ações de saúde, conduzindo à adoção de uma dada combinação de tecnologias ou de meios de trabalho em cada situação concreta.

Ao se ultrapassar a idéia de que cada doença teria uma causa, tal como fora difundido no final do século XIX, o modelo agente-hospedeiro-ambiente fundamentou muitas ações de saúde, reforçando a concepção de multicausalidade. Desse modo, as medidas de controle das doenças, além de intervirem sobre o agente e sobre o hospedeiro, ampliariam a sua atuação para o ambiente (físico, biológico e sociocultural), sendo este esquema também conhecido como modelo ecológico.

A partir das influências da **medicina preventiva**, foi difundido o modelo da história natural das doenças estabelecendo cinco níveis de prevenção, cujas medidas poderiam ser aplicadas de forma integral em distintos momentos do processo saúde-doença.

Medicina preventiva

A medicina preventiva utilizava conceitos como processo saúde/doença, história natural das doenças, multicausalidade, integração, resistência, inculcação e mudança. Articulava um conjunto de medidas de prevenção que resultariam em condutas substitutas de uma atitude ausente da prática médica, ou seja, a atitude preventiva e social. Apontava para a possibilidade da redefinição das responsabilidades médicas através de mudanças na educação, mantendo a organização de serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal.

Fonte: Arouca, 2003.

Na primeira fase de prevenção, período pré-patogênico, haveria a possibilidade de um desequilíbrio entre o agente, o hospedeiro e o ambiente,

cabendo medidas de promoção da saúde e de proteção específica, cujos procedimentos foram chamados de 'prevenção primária'. No período patogênico, seriam realizados ações de diagnóstico e tratamento precoce, bem como a limitação da invalidez, correspondendo à 'prevenção secundária' ou segunda fase de prevenção. Ainda nesse período patogênico, seria possível conseguir a 'prevenção terciária' através da reabilitação, equivalendo à terceira fase de prevenção. Nesse modelo, a epidemiologia e a clínica representariam as disciplinas básicas para a intervenção na história natural das doenças. Enquanto a primeira estaria voltada especialmente para o estudo das doenças nas populações e dos seus determinantes, sobretudo no período pré-patogênico, a segunda analisaria os processos mórbidos no âmbito individual, ou seja, no período patogênico.

No caso do movimento da **medicina comunitária**, propunha-se a regionalização e a integração das ações e dos serviços, considerando uma hierarquia de níveis do sistema de serviços de saúde visando ao cuidado progressivo ao paciente (continuidade da atenção). As noções de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde vinculavam-se ao modelo piramidal, com os níveis de atenção primária, secundária e terciária dispendo de distintas tecnologias. A crítica que se realizou contra a concentração de recursos nos níveis secundário e terciário, sobretudo na assistência hospitalar (a quem os custos crescentes do setor saúde foram atribuídos), levou a se rotular de modelo hospitalocêntrico esta combinação de tecnologias centradas no hospital.

Atenção primária à saúde

A partir da difusão do corpo doutrinário contido na Declaração de Alma-Ata, três distintas concepções de atenção primária têm fundamentado as políticas e práticas de saúde: 1) como programa de medicina simplificada; 2) como nível de atenção – primeiro nível ou atendimento de primeira linha; 3) como componente estratégico da proposta de Saúde para Todos (Paim, 2002). Essas diversas abordagens de atenção primária em saúde são discutidas no capítulo 16.

Medicina comunitária

Tratava-se de uma tentativa de operacionalização da filosofia da medicina preventiva, acrescentando outras idéias como integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização. O desenvolvimento da saúde comunitária apresentou-se em alguns países de um modo focal, quando se restringia a atividades experimentais, vinculadas ao Centro de Saúde-Escola, e de um modo expansionista, quando se apresentava como programas de extensão de cobertura.

Fonte: Paim, 2002.

Após a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em 1978, com a célebre Declaração de Alma-Ata, desenvolve-se o movimento da **atenção primária à saúde**, enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo. Esta combinação tecnológica conhecida como modelo da atenção primária era contraposta ao modelo hospitalocêntrico, alimentando uma crítica político-ideológica com

propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização do sistema de serviços de saúde. No Brasil, utiliza-se com mais frequência a expressão 'atenção básica' em vez de 'atenção primária', reservando os termos 'média' e 'alta complexidade' para a atenção especializada e assistência hospitalar, como se a atenção no primeiro nível do sistema não fosse tecnologicamente complexa. Parte desse equívoco pode ser atribuída aos programas de medicina simplificada patrocinados por organismos internacionais que reproduzem a ideologia da atenção primitiva de saúde.

Outro modelo concebido na década de 1970 ficou conhecido como campo da saúde, o qual orientou a reformulação de políticas de saúde no Canadá, considerando quatro pólos: ambiente, biologia humana, estilo de vida e sistema de organização dos serviços.

Diante dos custos crescentes da assistência médica, enfatizava-se que o perfil epidemiológico poderia ser mais bem explicado pelos determinantes ambientais e pelo estilo de vida do que propriamente pelas intervenções do sistema de saúde. Esta concepção foi reforçada com o movimento da **promoção da saúde**, que teve como marco a Carta de Otawa, em 1986, enfatizando os determinantes da saúde. Conseqüentemente, as combinações tecnológicas a serem acionadas estariam mais voltadas para tais determinantes, configurando o modelo da promoção da saúde (Teixeira, 2002).

Promoção da saúde

De acordo com a Carta de Otawa, "as condições e os requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos suatentáveis, justiça social e equidade". A promoção da saúde visaria à garantia de igualdade de oportunidades, proporcionando meios "que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde". Propunha cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde.

Fonte: Buss, 2003: 26.

No Brasil, a idéia de integração das ações preventivas e curativas e de sua organização em redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, além de ser experimentada e difundida nas décadas de 1960 e 1970, passa a inspirar iniciativas políticas mais amplas, tais como o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Pias), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e o

Para conhecer mais sobre os determinantes dos processos saúde-enfermidade, consulte o capítulo 4.

Estes programas e outras políticas de saúde das décadas de 1970 e 1980 são analisados no capítulo 11, que trata da história das políticas de saúde nesse período.

Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp).

Mas é justamente com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no início da década de 1980, que o **princípio da integralidade** se torna mais explícito. A crítica à organização de programas especiais ou verticais (Programa Materno-Infantil, Programa Nacional de Imunizações, Programa de Tuberculose etc.), de um lado, e a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), de outro, trouxeram para o debate no país a questão dos modelos assistenciais com vistas à integralidade da atenção.

Princípio da integralidade

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária em quatro perspectivas: 1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.), que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. Progressivamente, diferentes sentidos e significados passaram a ser atribuídos a este princípio, constatando-se um esforço de reflexão teórica e de pesquisa para o estabelecimento de critérios que permitam a adoção do princípio da integralidade. Assim, os sistemas de serviços de saúde organizados nessa perspectiva incorporariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; abordagem integral do indivíduo e das famílias.

Fonte: Giovanella et al., 2002.

Este debate foi promovido pelo movimento sanitário na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na sistematização das bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira e no esforço de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde mediante a organização dos distritos sanitários. Posteriormente, o princípio da integralidade foi inserido na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas normas operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que postulavam a mudança do modelo de atenção, além de ser fortalecido com as discussões em torno da promoção da saúde (Paim, 2002).

Esta breve contextualização procurou indicar certas relações entre o desenvolvimento dos modelos de atenção e alguns elementos

constituintes do princípio da integralidade, mencionando possíveis repercussões no debate político e nas práticas de saúde. Assim, enquanto o chamado modelo hospitalocêntrico era criticado por técnicos e dirigentes, modelos da atenção primária e da promoção da saúde passaram a ser defendidos por alguns autores (Teixeira, 2002; Buss, 2003).

ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) têm difundido a noção de modelo de atenção, seja como expressão da prestação de serviços, seja como componente do sistema de serviços de saúde, mediante a proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos).

No Brasil, todavia, a noção de distrito sanitário trazia concepções distintas, até mesmo enfatizando o princípio da integralidade da atenção. Assim, na década de 1980, a expressão 'modelos assistenciais' referia-se às formas de organização dos serviços de saúde, envolvendo unidades com distintas complexidades tecnológicas relacionadas entre si nos diferentes espaços e populações. Portanto, não eram entendidos como exemplo ou padrão, nem como forma de organizar serviços restrita à atenção primária. Progressivamente, foram elaboradas outras concepções sobre modelos de atenção, apresentadas a seguir:

- 1) Forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde, ou seja, modelo de prestação de serviços de saúde, incluindo: estabelecimentos (unidades de produção de serviços desde os mais simples aos mais complexos, como centros de saúde, policlínicas, hospitais); redes (conjunto de estabelecimentos voltados à prestação de serviços comuns ou interligados mediante sistema de referência e contra-referência, como rede ambulatorial, hospitalar e laboratorial); sistemas (conjunto de instituições de saúde submetidas a leis e normas que regulam o financiamento, a gestão e a provisão dos serviços, a exemplo do SUS e do Sistema de Assistência Médica Suplementar).
- 2) Forma de organização do processo de prestação de serviços: atenção à demanda espontânea; oferta organizada/ações programáticas (programas de controle de doenças e programas de atenção a grupos populacionais específicos); vigilância da saúde (oferta/demanda/necessidades e problemas) contemplando território, condições e modos de vida e integralidade.
- 3) Forma de organização das práticas de saúde dirigidas ao atendimento às necessidades e aos problemas de saúde individual

e coletiva: promoção da saúde (políticas públicas intersetoriais e ações voltadas à melhoria das condições e dos estilos de vida – modo de vida); prevenção de riscos e agravos (ações de vigilância sanitária e epidemiológica voltadas ao controle de riscos e de doenças – epidemias e endemias); tratamento e reabilitação (diagnóstico precoce, tratamento imediato, redução de danos e seqüelas, recuperação da capacidade física, mental e social).

- 4) Modelo tecno-assistencial em defesa da vida: gestão democrática; saúde como direito de cidadania; serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva; maneira de gerir e agir no campo das ações de saúde.

Diante dessas concepções, algumas perguntas aparecem para aprofundar a reflexão. A concepção (1) seria um modelo de atenção ou um modelo de organização do sistema de serviços de saúde? A concepção (2) seria um modelo de atenção ou um modo de organização do processo de prestação de serviços de saúde? A concepção (3) seria um modelo de atenção ou um modo de organização das ações de saúde? A concepção (4) representaria, realmente, um modelo tecno-assistencial ou um modelo de gestão?

Apesar da importância dessas contribuições para as políticas de saúde e para a organização de ações e serviços, as perguntas anteriores sugerem que tais concepções não representam, propriamente, um modelo de atenção na perspectiva do campo científico como esboçado no início do capítulo. Também não apresentam conceitos vinculados a uma teoria bem explícita. Todavia, a partir das reflexões desenvolvidas sobre distrito sanitário no país, torna-se possível distinguir modelo assistencial e modelo organizacional-gerencial de serviços de saúde. O primeiro diz respeito ao conteúdo do sistema de serviços de saúde (as ações) e o segundo, ao continente (estrutura).

Na medida em que o distrito sanitário se propunha a solucionar problemas de saúde através de ações integrais, não seria possível passar ao largo do caráter dessas ações, da natureza desses problemas, da tecnologia a ser empregada e das suas relações com a totalidade social. A questão de fundo que estava sendo posta para a discussão, na realidade, era o processo de trabalho em saúde, particularmente os meios de trabalho ou as tecnologias utilizadas, materiais e não materiais.

Se a teoria do processo de trabalho aponta para diferentes objetos, meios e atividades, os **modelos de atenção** refletem as combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. São uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Indicam um determinado modo de dispor

Modelos de atenção

Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas.

os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Portanto, a teoria do processo de trabalho em saúde fornece elementos fundamentais para a compreensão e crítica dos modelos de atenção à saúde. Conceitos como práticas de saúde, com ênfase na sua dimensão técnica, meios de trabalho (saberes e instrumentos) que permitem a articulação de tecnologias e o trabalho propriamente dito (atividades) são de grande utilidade para o entendimento dos modelos de atenção estruturados para intervir sobre problemas e atender necessidades de saúde.

Se no esforço de delimitação conceitual faz sentido vincular a noção de modelo de atenção à teoria do processo de trabalho em saúde, referindo-se às tecnologias como meios de trabalho, na perspectiva estratégica de mudança nos sistemas de saúde podem ser consideradas outras dimensões, além da tecno-assistencial ou operativa. Trata-se das dimensões gerencial e organizativa, que podem ser alvo da conjunção de propostas e estratégias sinérgicas com vistas à transformação do modelo de atenção (Teixeira, 2002).

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção predominantes ou hegemônicos e propostas alternativas. Os modelos assistenciais podem atender à lógica da demanda ou a das necessidades. Desse modo, no Brasil, dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista.

Esses modelos que predominam no país não têm contemplado nos seus fundamentos o princípio da integralidade: ou estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico hegemônico) ou buscam atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitarista). Diante dessas limitações, desde a 8ª CNS discutem-se problemas identificados na prestação da atenção, entre os quais as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação face às necessidades, a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade das ações. Assim, a 10ª CNS, em 1996, teve como tema central “SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida”. A 11ª CNS, em 2000, apresentou como um dos subtemas de discussão “Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde”. Já na 12ª CNS, em 2003, o tema foi tratado transversalmente na maior parte dos seus eixos temáticos. Desse modo, diversas iniciativas têm sido empreendidas, no sentido de superar tais limites e construir modelos de atenção mais coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária brasileira.

Modelos de atenção hegemônicos

O conceito de hegemonia aqui empregado para qualificar os modelos de atenção diz respeito à capacidade de direção política e cultural para obtenção do consenso ativo de segmentos da população (Gruppi, 1978). Assim, o modelo médico hegemônico apresenta os seguintes traços fundamentais: 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) ahistoricidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (Menéndez, 1992). Portanto, a influência política e cultural exercida por esse modelo junto aos profissionais da saúde, à população e aos chamados formadores de opinião, no que diz respeito aos problemas de saúde, ilustra o conceito de hegemonia anteriormente referido.

Já o modelo sanitarista pode ser reconhecido também como predominante no Brasil no que se refere às formas de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde adotadas pela saúde pública convencional, embora se apresente como subalterno em relação ao modelo médico hegemônico. Remete à idéia de campanha ou programa, sempre presente no imaginário da população e de técnicos diante de uma necessidade coletiva. Ilustra a saúde pública institucionalizada no Brasil durante o século XX centrada no saber biomédico, sob a influência americana, e que buscava atender às necessidades de saúde da população mediante campanhas (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias etc.), programas especiais (controle de tuberculose, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, controle do tabagismo, câncer etc.), vigilância sanitária e vigilância epidemiológica.

Como integrantes do modelo médico hegemônico, podem ser mencionados o modelo médico assistencial privatista e o modelo da atenção gerenciada (*managed care*). Como exemplos do modelo sanitarista, cabem ser citados os programas especiais, inclusive o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

a) Modelo médico assistencial privatista

Representa a versão mais conhecida do modelo médico hegemônico. É centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. Prestigiado pela mídia, pela categoria médica, por políticos e pela população medicalizada, é o modelo de atenção à saúde mais conhecido no Brasil, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde da população. Seu objeto

tem sido identificado como a doença ou o doente; seu agente, o médico, sobretudo o especialista, complementado pelos paramédicos; seus meios de trabalho são as tecnologias médicas; e as formas de organização são as redes de serviços, com destaque para os hospitais (Teixeira, 2002). Volta-se para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram, por livre iniciativa, os serviços de saúde. Conseqüentemente, as pessoas e os grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde ou que não estejam alertas para a promoção da saúde e para as medidas de prevenção de riscos e de doenças não seriam atendidas pelo sistema de saúde, pois não constituiriam uma demanda espontânea.

Este modelo encontra seus fundamentos na chamada **medicina flexneriana**, reforma médica operada nos Estados Unidos a partir do *Relatório Flexner*, em 1911.

Principais características da medicina flexneriana

Ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças

Organização da assistência médica em especialidades

Valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial

Educação médica separando as disciplinas do ciclo básico (anatomia, bioquímica, fisiologia, bacteriologia etc.) e profissional, sendo este realizado nos hospitais de ensino

No Brasil, esse modelo esteve presente na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortaleceu-se com a expansão da previdência social e consolidou-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas do século XX, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Entretanto, não é exclusivo do setor privado, reproduzindo-se, também, no setor público. É predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral e pouco se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população (Paim, 2003).

b) Modelo da atenção gerenciada

Até recentemente, o modelo médico-assistencial privatista predominava na medicina liberal e empresarial, bem como nos serviços públicos (hospitais, centros de saúde e laboratórios). Com o crescimento de cooperativas médicas, medicina de grupo, operadoras de planos de saúde

Você pode conhecer o que são e como funcionam os planos e seguros de saúde lendo o capítulo 14.

Medicina baseada em evidências

Trata-se de um enfoque fundamentado na epidemiologia clínica, informática e bioestatística, propiciando a sistematização e a síntese de informações e conhecimentos científicos para orientar a decisão clínica. Tem, entre outros propósitos, a racionalização dos custos e a redução de erros médicos. Apóia-se em diretrizes (*guidelines*), conferências de consenso, metaanálises, protocolos, guias etc.

em autogestão e seguro-saúde, esse modelo passa a coexistir, contraditoriamente, com o modelo da atenção gerenciada. Este encontra seus fundamentos na economia (análises de custo-benefício e custo-efetividade) e na **medicina baseada em evidências**, possibilitando a construção de um modo de produção do cuidado centrado em distintos atores sociais: financiadores, provedores, consumidores, captadores de recursos e administradores (Merhy, 2000).

Os protocolos assistenciais adquirem grande relevância nesse modelo, mas, em vez de constituírem uma tecnologia capaz de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da sua avaliação, representam no *managed care* uma camisa-de-força, à qual sujeitam médicos e pacientes.

Excetuando-se o estímulo ao consumismo médico e o privilégio da medicina curativa (pois a prevenção pode baixar custos e aumentar lucros dos chamados planos de saúde), o modelo da atenção gerenciada preserva as demais características do modelo médico hegemônico, especialmente a saúde/doença como mercadoria, o biologismo e a subordinação dos consumidores. Assim, a transição verificada com a presença do capital financeiro no setor saúde “tende a atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato na sua capacidade de produzir novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção de processos produtivos, descentrando o trabalho em saúde inclusive dos equipamentos e dos especialistas” (Merhy, 2000: 17). Enquanto o modelo médico assistencial privatista estimulava a superprodução de serviços, ações e procedimentos, contribuindo para o aumento dos custos da atenção, o modelo da atenção gerenciada tende a apostar na subprodução e no controle mais íntimo do trabalho médico, posto que as formas de pré-pagamento assim condicionam. Dirige-se, portanto, para a contenção da demanda e o racionamento ou a racionalização dos procedimentos e serviços especializados.

c) Campanhas sanitárias e programas especiais

Essa combinação de tecnologias fundamenta-se nas disciplinas biológicas (microbiologia, parasitologia, entomologia, virologia, toxicologia, imunologia etc.) e na epidemiologia. Concentra a sua atuação em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação de saúde. Conseqüentemente, expressa um modelo de atenção que não enfatiza a integralidade da atenção nem a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Embora muitas campanhas tenham se transformado em programas especiais, a essência do modelo sanitarista mantém-se preservada, fortalecendo uma administração vertical, com coordenadores ou gerentes nacional, estadual e municipal (às vezes distrital e local), cujas

decisões, normas e informações atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e, muitas vezes, autoritária.

Uma simples consulta ao *site* do Ministério da Saúde pode ser suficiente para constatar os problemas desse modelo. São dezenas de programas e projetos, quase um para cada doença considerada relevante ou para grupo populacional reconhecido como prioritário ou capaz de exercer pressão política. É uma pulverização de recursos e de atividades, nem sempre com objetivos bem definidos, propiciando conflitos desnecessários em instituições, estabelecimentos, serviços e equipes de saúde diante das verbas 'carimbadas' e das dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde. Assim, tem-se os programas de Aids, hipertensão, tuberculose, diabetes, hanseníase, saúde mental, saúde bucal, saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador, do idoso etc. É como se a mulher não fosse adulta nem trabalhadora ou como se crianças, adolescentes e idosos não tivessem sexo. E na medida em que muitos desses grupos estão sujeitos às violências, apresentam transtornos mentais e não estão livres de tuberculose, diabetes, hipertensão arterial, hepatites virais, entre outras doenças, e reproduzem-se as intersecções ou superposições entre os programas, ampliando a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das atividades.

d) Vigilância sanitária e epidemiológica

A **vigilância sanitária** envolve um conjunto de intervenções que se confunde historicamente com a própria saúde pública. Circunscreve sua atuação especialmente sobre os riscos, fundamentando-se em conhecimentos biomédicos, no saber jurídico e na epidemiologia. Embora a sua atuação concentre-se na proteção da saúde, o seu desenvolvimento recente no Brasil aponta para a sua expansão no âmbito da promoção da saúde (Paim, 2002).

Vigilância sanitária

Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e os processos, da produção ao consumo; e II – O controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde (lei n. 8.080/90).

Para conhecer com detalhes as atribuições da vigilância sanitária no Brasil, consulte o capítulo 23.

Vigilância epidemiológica

Conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (lei n. 8.080/90). Outros conceitos e atribuições da vigilância epidemiológica são apresentados no capítulo 22. Compare.

Já a **vigilância epidemiológica** era considerada uma etapa dos programas de erradicação (malária e varíola), que seguia às fases de preparação e de ataque. Posteriormente, foi definida como um conjunto de atividades que permitiria reunir a informação indispensável para conhecer a história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que pudesse ocorrer por alterações dos fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas que levassem à prevenção e ao controle da doença (Fossaert, Llopis & Tigre, 1974). Foi concebida como um sistema de informação-decisão-controle, apoiado na epidemiologia, e não se limitava às doenças transmissíveis. Após a apresentação dessa proposta na 5ª CNS, em 1975, foi aprovada a lei n. 6.259/75, organizando o sistema no país. A lei n. 8.080/90, embora inspirada na definição anterior e na experiência brasileira, ampliou o escopo da vigilância epidemiológica. Este modo de intervenção fundamenta-se na epidemiologia, na estatística e nas disciplinas biológicas, entre outras, embora sua atuação no Brasil ainda se concentre no controle de danos em vez do controle de riscos e dos determinantes (Paim, 2003).

e) Pacs/PSF

Integrando, ainda, o modelo sanitário, dois programas alcançaram grande repercussão na década de 1990: o Programa de Agentes Comunitários (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF). Como exemplos de programas especiais dirigidos aos pobres e excluídos, como política de focalização, não diferem muito dos programas verticais. Assim, o Pacs poderia ser considerado mais um programa especial do modelo sanitário.

Embora criado, também, como programa especial em 1994, o PSF foi integrado ao Pacs na segunda metade da década de 1990. Assenta-se em equipes de saúde para uma população adscrita de seiscentas a mil famílias, dispondo de uma composição básica (médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários de saúde) que pode ser acrescida de odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Inclui ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários (Teixeira, 2002). O seu desenvolvimento conceitual, institucional e prático permite sublinhar certas potencialidades inovadoras, conforme será discutido no próximo tópico.

O Pacs e o PSF

Inicialmente, o Pacs tinha como objetivos melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde. Posteriormente, ampliou os seus objetivos nos seguintes termos: incorporar ao SUS agentes comunitários de saúde, profissionalizados em auxiliares de enfermagem, para desenvolver ações básicas de saúde; identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença; desencadear ações de promoção de saúde e prevenção da doença; funcionar como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde, contribuindo, assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da sua própria saúde. O programa assume o agente comunitário de saúde como elo de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, incluindo entre as suas atribuições o desenvolvimento de ações básicas de saúde e educativas nos níveis individual e coletivo. Ele contribuiria, também, na produção de informações para a análise e o monitoramento da situação de saúde.

No caso do PSF, seu objetivo geral é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Entre as diretrizes operacionais, destacam-se: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento, instalação das Unidades de Saúde da Família (USF); composição e atribuições das equipes. Com base nesses objetivos e diretrizes, o PSF enfatiza os seguintes aspectos: integralidade e hierarquização da atenção, estabelecendo a USF como primeiro nível da atenção do sistema de saúde e acionando a referência e contra-referência; substituição das práticas de saúde convencionais de assistência por novos processos de trabalho; promoção da assistência integral (domicílio, ambulatório, hospital) para a população da área adscrita (território de abrangência definido com cadastramento e acompanhamento de determinado número de pessoas); planejamento e programação local de saúde a partir dos problemas identificados pelos diversos atores sociais; equipe multiprofissional; valorização da vigilância da saúde, contemplando danos (agravos, doenças, acidentes), riscos e determinantes socioambientais.

Mais detalhes sobre o PSF você vai conhecer no capítulo 16, que trata sobre a atenção primária à saúde.

Para refletir

Defina, com as suas próprias palavras, o que são programas especiais em saúde, cite dois considerados exitosos e dois problemáticos no Brasil, justificando as respectivas escolhas.

Construindo alternativas

Na reflexão sobre modelos de atenção à saúde no Brasil, a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização dos serviços de

saúde constituem grandes desafios para as políticas de saúde. Nessa busca de alternativas, têm sido valorizadas propostas como oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado, projeto assistencial e equipes matriciais e de referência. A maioria dessas propostas tenta conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade da atenção. Enquanto algumas valorizam a efetividade e a qualidade técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços.

a) Oferta organizada

Esta proposta se volta para o nível local, buscando compatibilizar a idéia de impacto com o princípio da não rejeição à demanda. Procura, no entanto, redefinir as características da demanda, isto é, contemplando as necessidades epidemiologicamente identificadas e mantendo relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea no interior da unidade de saúde. Assim, nos serviços comprometidos com as necessidades de saúde, os principais problemas seriam identificados na análise da situação mediante estudos epidemiológicos que orientariam a oferta organizada ou programada no nível local. A obtenção do melhor impacto na solução do problema seria conseguida através de uma combinação de recursos e tecnologias capazes de garantir alto grau de efetividade.

Mesmo que as normas técnicas sejam estabelecidas em níveis mais centrais do sistema e adaptadas no nível local, a oferta organizada é definida e realizada no âmbito local (unidades de saúde). As noções de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico, embutidas nessa proposta, reorientariam o planejamento de saúde para uma base populacional específica. Portanto, a oferta organizada tende a superar as formas de organização de produção de ações de saúde ainda vigentes nos modelos de atenção predominantes no Brasil, especialmente as campanhas e os programas especiais.

Uma unidade local de saúde, ao se orientar pela oferta organizada, estaria preocupada em atender indivíduos, famílias e comunidade que constituem demanda espontânea por consulta, pronto-atendimento, urgência/emergência e, ao mesmo tempo, estaria voltada para a execução de ações sobre o ambiente, o indivíduo e os grupos populacionais, visando ao controle de agravos, doenças e riscos, bem como ao atendimento das necessidades da comunidade. Nessa perspectiva, a unidade de saúde precisaria dispor de um serviço de arquivo médico e estatístico organizado, com triagem normatizada e um pronto-atendimento capaz de atender o paciente ou encaminhá-lo

devidamente, através de um sistema formalizado de referência e contra-referência, dispondo de protocolos assistenciais para identificação e controle dos agravos reconhecidos como problemas prioritários.

Essa unidade de saúde, organizada de acordo com o princípio da integralidade, articularia o conjunto das ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) sobre indivíduos e sobre o ambiente, visando ao controle de agravos, à proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos e à promoção da saúde. A organização interna das unidades e dos processos de trabalho, assim como as normas, as rotinas e os protocolos assistenciais elaborados, deveriam dar conta não só da atenção médica individual, mas também das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada. Os profissionais da unidade de saúde teriam conhecimento dessas ações, se foram ou não realizadas pelo setor responsável, e acompanhariam o desenvolvimento das atividades realizadas não só em 'seus' pacientes, mas as executadas na 'sua' unidade para a população do 'seu' território. Para isso, haveria mecanismos coletivos de avaliação das unidades e dos profissionais da saúde, além do acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade vinculada àquele estabelecimento de saúde. Portanto, no caso da oferta organizada, epidemiologicamente orientada, tem-se uma atenção setorial e predominantemente intramural, ou seja, no interior dos estabelecimentos de saúde (Paim, 2003).

b) Distritalização

As experiências de implantação de **distritos sanitários** iniciaram-se com a política dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) em alguns estados, como Bahia, Rio Grande do Norte e São Paulo (Brasil, 1990). A proposta de distritalização procurava organizar serviços e estabelecimentos numa rede estruturada com mecanismos de comunicação e integração desenvolvendo, ao mesmo tempo, um modelo de atenção de base epidemiológica. Doze princípios organizativos-assistenciais fundamentavam a organização dos distritos sanitários: 1) impacto; 2) orientação por problemas; 3) intersetorialidade; 4) planejamento e programação local; 5) autoridade sanitária local; 6) coresponsabilidade; 7) hierarquização; 8) intercomplementaridade; 9) Integralidade; 10) adscrição; 11) heterogeneidade; 12) realidade.

A proposta de distritalização não se restringia a um recorte arbitrário do espaço urbano e à instalação de uma instância burocrática (concepção topográfica/burocrática). Contemplava uma população definida, um território-processo, uma rede de serviços de saúde, equipamentos comunitários, tendo em conta as seguintes diretrizes: integralidade, intersetorialidade, participação da comunidade e impacto epidemiológico.

Distrito sanitário

Unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, gerenciais e políticos, onde se localizavam recursos de saúde, públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos políticos institucionais, com a participação da sociedade organizada, para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde.

Embora possam ser identificadas semelhanças entre os distritos sanitários e os sistemas locais de saúde, a proposta de distritalização diferencia-se por privilegiar a integralidade e implicar mudança do modelo de atenção a partir da reorganização das práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais nas suas dimensões econômica, política e ideológica.

c) Ações programáticas de saúde

Esta proposta foi construída a partir da redefinição de programas especiais de saúde, recompondo as práticas de saúde no nível local, através do trabalho programático. Baseia-se na utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demandam os serviços das unidades básicas (Teixeira, 2002). Aproxima-se da proposta da oferta organizada, concentrando suas ações no interior das unidades de saúde.

d) Vigilância da saúde

A necessidade de conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde tem conduzido à proposição de concepções, operações e ações, conforme o Diagrama da Vigilância da Saúde (Diagrama 1) Descrivendo-o da direita para a esquerda e examinando a parte superior, constata-se que a maioria das intervenções em saúde está voltada para o controle de danos, expressos em óbitos, seqüelas ou casos de doenças e agravos. Nesse controle, destacam-se a assistência médico-hospitalar e a vigilância epidemiológica.

Porém, antes da existência de danos, seria possível pensar em momentos de risco, implicando a idéia de probabilidade ou chance de grupos desenvolverem uma doença ou apresentarem um agravo à saúde, como acidentes, intoxicações ou violências. Nesse particular, estudos epidemiológicos são úteis para a identificação e quantificação dos riscos. As ações de saúde voltadas para esse momento compõem o controle de riscos, propósito fundamental da vigilância sanitária e, também, da vigilância epidemiológica.

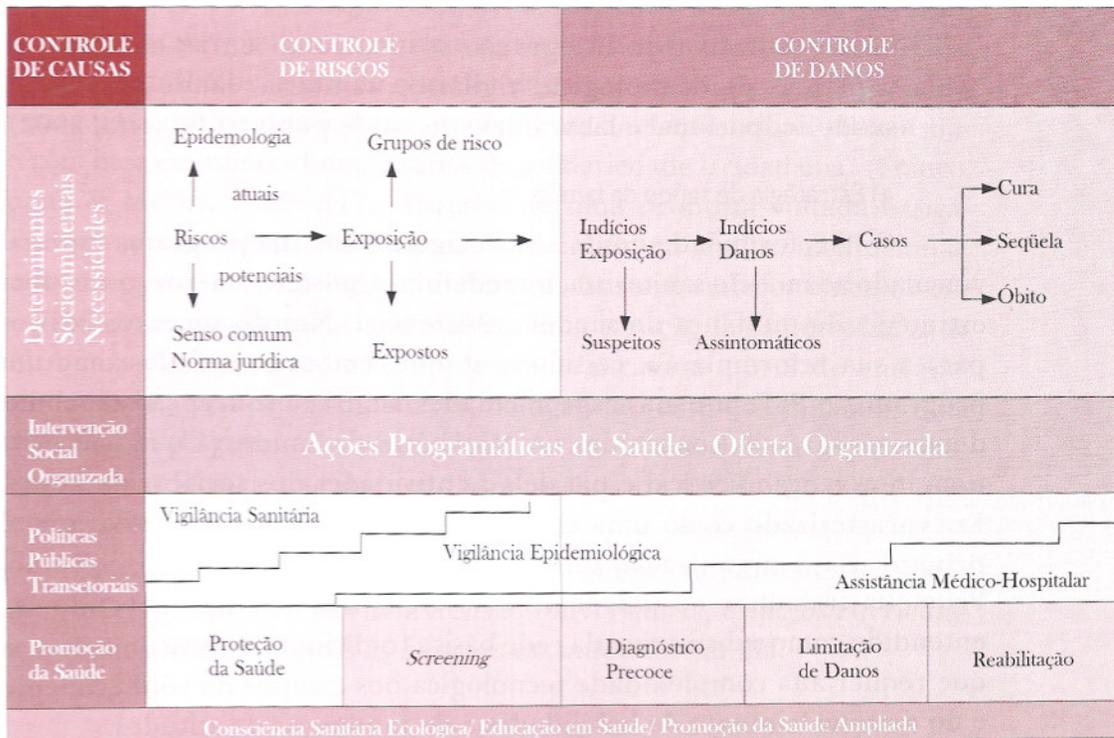
Antecedendo os riscos podem ser identificadas, à esquerda do diagrama, necessidades sociais de saúde condicionadas pelo modo de vida, ou seja, pelo conjunto de condições e estilos de vida dos grupos sociais de acordo com a sua inserção na estrutura social. A intervenção sobre esse momento constitui estratégias visando ao controle das causas, que geralmente ultrapassam as possibilidades e atribuições do setor de saúde. Ainda assim, as políticas de saúde precisam considerar os determinantes estruturais e socioambientais do modo de vida e das necessidades sociais

de saúde, tal como indicava o relatório final da 8ª CNS e, presentemente, como é enfatizado nas propostas de promoção da saúde.

Ao articular o controle de danos, riscos e causas, o modelo de vigilância da saúde não só sugere uma integração com as vigilâncias, a assistência médica e as políticas públicas transeitoriais, mas também aponta para uma possível superação dos modelos hegemônicos no sentido da oferta organizada, das ações programáticas e da intervenção social organizada. Embora tenha sido concebido numa perspectiva coletiva, o diagrama possibilita um diálogo com as medidas preventivas pensadas para o nível individual, conforme se pode observar em sua parte inferior.

Nesse particular, a promoção da saúde, que no modelo da história natural das doenças localizava-se no período pré-patogênico, no modelo da vigilância da saúde atravessa todos os momentos do processo saúde-doença, juntamente com a educação em saúde e a consciência sanitária e ecológica (promoção da saúde ampliada). Na medida em que indivíduos e populações, mesmo quando doentes ou sofrendo agravos, preservam certos componentes biopsicossociais saudáveis, a promoção da saúde, quando vinculada às idéias de autonomia, protagonismo e projeto de vida, pode ser pensada até mesmo em uma situação limite, como durante a internação numa UTI ou diante de uma epidemia de violências.

Diagrama 1 – Vigilância da saúde



Em síntese, a vigilância da saúde enfatiza as seguintes noções básicas: 1) problemas de saúde; 2) respostas sociais; 3) correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, de riscos e de danos); 4) práticas sanitárias (promoção, proteção e assistência).

Apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local com as seguintes características: 1) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); 2) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; 3) utilização do conceito epidemiológico de risco; 4) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; 5) atuação intersetorial; 6) ações sobre o território; 7) intervenção sob a forma de operações.

A sua operacionalização tem recorrido aos seguintes passos: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo mediante oficinas de territorialização; utilização da geografia crítica e do planejamento e programação local de saúde (Paim, 2003). Cabe registrar, no entanto, a existência de duas outras concepções de vigilância da saúde difundidas no país:

- 1) como análise de situações de saúde, onde há uma ênfase no monitoramento da situação de saúde mediante procedimentos de análise, cálculo, interpretação e recomendações muitas vezes referidos como inteligência epidemiológica;
- 2) como tentativa de integração institucional entre as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde ocupacional e laboratório de saúde pública (Teixeira, 2002).

e) Estratégia de saúde da família

O PSF, formulado desde a sua origem como um programa especial vinculado ao modelo sanitarista, foi redefinido, posteriormente, como uma estratégia de mudança do modelo assistencial. Nos documentos básicos para a sua reformulação, ressaltava-se que, embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, fugiria à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não seria uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Era caracterizado como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

A perspectiva de se constituir, efetivamente, como estratégia para reorientação da atenção básica (articulação das ações de educação sanitária, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência a grupos populacionais prioritários e reorganização da atenção à demanda espontânea) tem permitido a sua inclusão entre as propostas alternativas.

Na medida em que alguns municípios brasileiros adotaram o PSF como estratégia de mudança da atenção básica e do sistema municipal de saúde, aproximando-se das propostas de vigilância da saúde, oferta organizada e acolhimento, justifica-se inserir a saúde da família como proposta alternativa no presente tópico. Nesse caso, não se trata de entender um modelo alternativo como um poder vir a ser, mas como uma combinação de tecnologias que depende, concretamente, de uma correlação de forças favoráveis a mudanças. Assim, em situações adversas, o PSF tende a se apresentar como um programa vertical como qualquer outro. No entanto, quando as forças das mudanças adquirem proeminência em relação às da conservação, o PSF pode se transformar em estratégia.

f) Acolhimento

Esta proposta vem sendo construída como resposta aos desafios para a inversão do modelo assistencial, privilegiando uma organização do serviço de saúde usuário-centrada. Parte das seguintes orientações: “a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe profissional; c) qualificar a relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania” (Franco, Bueno & Merhy, 1999: 347). Trata-se de uma proposta voltada basicamente para a demanda espontânea, com ênfase na análise institucional, tendo o suporte da psicologia e da clínica. Busca fortalecer vínculos entre profissionais e clientela com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada. Nesse sentido, implica mudanças na ‘porta de entrada’ assim como na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na releitura das necessidades sociais de saúde da população (Teixeira, 2002).

Esta proposta vem sendo progressivamente implantada em sistemas municipais, programas de extensão universitária, estágios curriculares e, especialmente, juntos às equipes de saúde da família.

Para refletir

Que iniciativas poderiam ser mencionadas com vistas à articulação ou à integração das ações dos programas especiais, bem como em relação às ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador e promoção da saúde nos âmbitos municipal e local?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Quadro 1, encontra-se uma sistematização dos principais modelos de atenção à saúde apresentados e discutidos no presente capítulo, de acordo com as lógicas da prestação da atenção: demanda ou necessidades. Na segunda coluna, aparecem os modelos de atenção hegemônicos e, na terceira, algumas propostas alternativas.

Quadro 1 – Prestação da atenção, modelos hegemônicos e propostas alternativas

Prestação da atenção	Modelos hegemônicos	Propostas alternativas
Demanda	MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO Modelo médico-assistencial privatista Modelo da atenção gerenciada	Oferta organizada Acolhimento
Necessidades	MODELO SANITARISTA Campanhas sanitárias Programas especiais Vigilância sanitária Vigilância epidemiológica Pacs/PSF	Ações programáticas em saúde Vigilância da saúde Estratégia de saúde da família Promoção da saúde (políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis)

Pode-se concluir que o modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, a equidade e as necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Já o modelo sanitarista (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária etc.), voltado para o atendimento de necessidades, tem enfrentado dificuldades para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, integralidade, efetividade e equidade. Daí a pertinência e relevância das propostas alternativas que constam na terceira coluna do quadro.

Para conhecer conceitos de equidade, consulte o capítulo 13, sobre financiamento.

Além das propostas já descritas, foi incluída neste quadro a promoção da saúde, com destaque para as 'políticas públicas saudáveis' e as 'cidades saudáveis'. A promoção da saúde envolve medidas que se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e dos estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas intersetoriais nas várias esferas de governo – nacional, estadual e municipal. Do mesmo modo, a proposta de cidade saudável implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias no planejamento e na execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde (Teixeira, 2002).

Diversas conferências internacionais sobre promoção da saúde têm sido realizadas nas duas últimas décadas e inúmeras publicações apontam para o fortalecimento desse movimento (Buss, 2003). No caso brasileiro, encontram-se nos **dispositivos legais referências explícitas às ações de promoção da saúde**.

Um ano após a OMS instalar a Comissão sobre Determinantes Sociais, o Brasil foi o primeiro país do mundo a constituir a sua Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Este fato sinaliza para as potencialidades da formulação de políticas públicas saudáveis, bem como para a viabilização da ação intersetorial e de modelos de atenção mais integrais e efetivos. Do mesmo modo, as reflexões e experiências sobre cuidado em saúde, acolhimento e humanização da atenção realizadas no país nos últimos anos reforçam as possibilidades de mudança dos modelos de atenção predominantes no país, no sentido da qualidade, da ética e de 'projetos de felicidade' (Ayres, 2004). Em 2004, a revista *Saúde e Sociedade* dedicou um fascículo ao tema "Integralidade, humanização e cuidado em saúde" (Editorial, 2004) enquanto a revista *Ciência & Saúde Coletiva* publicou um número especial sobre a questão da "Ética e humanização" (Minayo, 2004). Esta revista voltou ao tema no ano seguinte, com um número contemplando a "Humanização e produção de cuidados em saúde" (Deslandes & Ayres, 2005).

Assim, as insatisfações em relação aos modelos de atenção predominantes e a crise de legitimação das práticas de saúde tornam compreensível o esforço na elaboração de propostas alternativas para a sua reconstrução. Daí a arguta observação de um pesquisador da área da saúde coletiva, com extensa experiência em assistência médica em uma unidade de atenção primária à saúde:

Bases legais para a promoção da saúde

Encontra-se na Constituição da República a concepção de saúde como direito social: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (art. 196). A lei n. 8.080/90 também dispõe sobre as ações de promoção da saúde. Na mesma linha, cumpre mencionar iniciativas recentes como o Pacto pela Vida (portaria/GM n. 399, de 22/2/2006), a criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (decreto presidencial de 13/3/2006) e a formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (portaria n. 687, de 30/3/06).

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para a sua superação. Nesse sentido julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário. (Ayres, 2004: 27) -

Esses debates têm sido ampliados no Brasil nos últimos anos, especialmente durante o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, em 2006, a ponto a se refletirem no documento histórico aprovado pela plenária e intitulado **Declaração do Rio**.

Declaração do Rio

Após cinco dias de intensos trabalhos e frutíferos debates, envolvendo lideranças mundiais e locais, chegamos à conclusão de que a globalização, fenômeno que teria o potencial de quebrar tais barreiras, infelizmente, produziu um ciclo vicioso, onde se tem um aumento das desigualdades que leva à pobreza e à exclusão social, piorando as condições de vida, deteriorando a saúde e, por sua vez, ampliando ainda mais as desigualdades sociais internas e entre nações.

Face a essa realidade, o cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio encontra-se seriamente ameaçado. No entanto, há vários caminhos que podem levar à ruptura deste ciclo, rumo a um novo modelo de desenvolvimento, onde a população se beneficie da prosperidade global e viva com mais saúde.

Expressando o pensamento e o desejo dos participantes do congresso, representando 26 nações, reafirmamos que:

- O acesso ao cuidado de saúde eficaz é um direito humano fundamental e uma pré-condição para o desenvolvimento social e econômico;
- Todas as desigualdades no acesso ao cuidado em saúde devem ser eliminadas;
- São necessárias mais pesquisas para melhor entender os determinantes sociais de saúde e as 'causas das causas' do adoecimento, bem como avaliar políticas e intervenções;
- Os resultados da pesquisa devem estar publicamente disponíveis e ser incorporados na formulação de políticas públicas e intervenções em saúde. Estas, por sua vez, devem ter a promoção em saúde como parte integral de seu desenho;
- São necessários laços intersetoriais mais fortes entre as políticas públicas em geral e as de saúde, e ligações efetivas com iniciativas governamentais, não governamentais e da sociedade civil;
- A força de trabalho em saúde pública deve ser desenvolvida e fortalecida;
- O desenvolvimento dos sistemas de saúde deve ser alicerçado nas comunidades, garantindo o apoio popular e sua responsabilização frente ao povo a que servem;

- As agências das Nações Unidas devem ter os meios necessários e se comprometerem com ações melhores e mais ágeis;
- A solidariedade e responsabilidade globais são essenciais para que se faça frente ao enorme desafio de garantir que todo ser humano possa viver sua vida com respeito e dignidade, criando, desta forma, um futuro melhor para as próximas gerações.

Rio de Janeiro, de 21 a 25 de agosto de 2006.

Com base nas reflexões desenvolvidas neste capítulo, é possível ressaltar algumas conclusões provisórias. Em vez de insistir em contrapor o modelo hospitalocêntrico ao modelo da atenção primária, ao da vigilância da saúde ou, ainda, ao da promoção da saúde, trata-se de aceitar o desafio de investigar qual a combinação de tecnologias e abordagens mais adequadas para a solução de problemas derivados de diferentes perfis epidemiológicos e para o atendimento integral de necessidades de saúde, individuais e coletivas, nos distintos territórios do país. Dessa perspectiva, não faz muito sentido pronunciar-se sobre um modelo de atenção único para o SUS, dada a heterogeneidade das situações que compõem a realidade de saúde nas diferentes regiões, cidades e territórios do país.

Portanto, modelos assistenciais ou modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas. Não são normas nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. Não se reduzem às formas de organização dos serviços de saúde nem aos modos de administrar, gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que possam interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde.

Para refletir

Em diversos textos técnicos e políticos em saúde, aparece a expressão ‘necessidades de saúde’. Embora o conceito de necessidades de saúde venha sendo elaborado nos últimos anos, é comum as pessoas confundirem esta expressão com necessidade de atenção médica ou necessidade de serviços de saúde. E, assim, muitos vêm as filas para o atendimento médico ou os corredores superlotados dos estabelecimentos de pronto-socorro como o retrato dessas necessidades. Essas pessoas têm doenças ou sofreram agravos, como acidentes ou violências, e chegaram, de alguma forma, aos serviços de saúde. Apresentam ‘danos’ e procuraram os serviços de saúde, ou seja, revelam parte das necessidades de saúde que constituem uma demanda espontânea. Outras vezes, as pessoas podem ter problemas de saúde e não ter consciência deles, mesmo apresentando um dano ou um risco em desenvolvê-lo. Nesses casos, tais necessidades de saúde podem não se expressar em demanda.

Tente responder e procure discutir com seus colegas as seguintes questões:

- 1) Qual o modo predominante de o sistema de serviços de saúde no Brasil organizar a atenção à saúde – com ênfase na demanda espontânea, nas necessidades de serviços de saúde ou nas necessidades de saúde? Quais as suas vantagens e desvantagens?
- 2) Você poderia dar alguns exemplos de modelos de atenção que contemplassem necessidades de saúde ou necessidades de serviços de saúde que não constituem demanda espontânea?
- 3) Se as necessidades de saúde não se restringirem às necessidades de serviços de saúde (doenças, agravos, carências e sofrimentos capazes de serem resolvidos pelos serviços de saúde), mas contemplarem a idéia de qualidade de vida (vinculada a uma concepção ampla de saúde e dos seus determinantes ambientais e socioculturais), como pensar modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde nessa perspectiva?

LEITURAS RECOMENDADAS

CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 10(3), 2005.

CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 9(1), 2004.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GOULART, F. A. de A. *Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

INTERFACE, 9(16): 9-66, set. 2004/fev. 2005 (Dossiê sobre Saúde da Família).

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Uerj, IMS, Abrasco, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Editora Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 16-29, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/Sesus. *Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1990.
- BUNGE, M. *Teoría y Realidad*. Barcelona: Ariel, 1972.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- DESLANDES, S. F. & AYRES, J. R. de C. M. Editorial: Humanização e cuidado em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 510-511, 2005.
- EDITORIAL. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 3-4, 2004.
- FOSSAERT, H.; LLOPIS, A. & TIGRE, C. H. Sistemas de Vigilância Epidemiológica. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 76: 512-525, 1974.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2): 345-353, 1999.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 26(60): 37-61, 2002.
- GRUPPI, L. *O Conceito de Hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M. I. & WERF, A. V. D. Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos: pautas para una política. *Cuadernos de Salud Pública*, 77, 1984.
- MENÉNDEZ, E. L. Public Health: state sector, applied science, or ideology of the possible. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington, D.C.: PAHO, 1992.
- MERHY, E. E. *Reflexões sobre as Tecnologias Não Materiais em Saúde e a Reestruturação Produtiva do Setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*, 2000. Tese de livre-docência, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.
- MINAYO, M. C. de S. Editorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1): 4-5, 2004.
- PAIM, J. S. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: Ceps-ISC, 2002.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- TEIXEIRA, C. F. (Org.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: Ceps-ISC, 2002.