

15. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Jairnilson Silva Paim

Diversos textos técnicos, documentos oficiais e publicações científicas têm utilizado as noções de modelos de atenção, modelos assistenciais ou modelos tecnoassistenciais. No Brasil, essas expressões aparecem, a partir da década de 1980, geralmente com significados muito próximos. Há certas objeções ao adjetivo 'assistencial', pois lembra assistência médica ou odontológica centrada em procedimentos para indivíduos. Já o termo 'atenção' teria maior abrangência: além de envolver a assistência, incluiria outras ações, individuais e coletivas, nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Na realidade, a opção pela expressão 'modelos de atenção à saúde' pode facilitar uma aproximação com a literatura internacional, uma vez que a prestação da atenção é reconhecida como um dos componentes de um sistema de saúde, juntamente com a gestão, o financiamento, a organização e a infraestrutura de recursos (Kleczkowski, Roemer & Werf, 1984). Nessa perspectiva, modelo de atenção tem como foco o 'conteúdo' do sistema de saúde (ações de saúde) e não o 'continte' (infraestrutura, organização, gestão e financiamento) que foi contemplado nos capítulos 3, 12 e 13. Aqui, o objetivo é destacar a dimensão tecnológica das práticas de saúde, revendo algumas definições apresentadas por autores brasileiros e caracterizando os modelos de atenção hegemônicos, bem como certas propostas alternativas.

Inicialmente, analisam-se os significados do termo 'modelo' no senso comum e no campo científico. Em seguida, procura-se contextualizar a reflexão sobre modelos de atenção empreendida pela saúde coletiva. A partir daí, realiza-se uma revisão crítica das concepções identificadas na literatura, sistematizando-as e indicando algumas conclusões provisórias.

ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Uma breve consulta ao dicionário indica os seguintes significados para a palavra modelo: objeto para ser reproduzido por imitação; molde; representação, em pequena escala, de um objeto; tipo; aquilo que serve de exemplo ou norma. Essa compreensão do termo modelo como algo exemplar, ou padrão a ser seguido, pode ser ilustrada quando um professor afirma que tal estudante é um 'modelo de aluno'. Ou quando costureiros fazem um

desenho e recortam o papel que serve de referência para a confecção do vestido. Do mesmo modo, as crianças brincam com massa de modelar, criando diferentes objetos por meio de formas que procuram imitar. Consequentemente, essa ideia de modelo como padrão, norma, referência ou molde é muito forte e tende a estar presente quando se usa a expressão modelo de atenção. Todavia, esse entendimento traz uma armadilha para as políticas de saúde, pois insinua enquadramento, normatização ou padronização. Faz-se necessário, portanto, alertar sobre tais consequências e, se possível, evitar equívocos, além de se proceder a uma reflexão preliminar com a finalidade de compreender o significado de modelo de atenção para além do senso comum.

Na ciência, o conceito de modelo se apresenta a partir da diferença entre forma teórica e realidade empírica, contemplando diversas classes de objetos (Badiou, 1972). Assim, modelos teóricos, matemáticos ou diagramas são uma espécie de esquema sempre parcial e mais ou menos convencional, posto que se ignora a maior parte das variações individuais (Bunge, 1972). De um modo geral, correspondem a uma representação simplificada da realidade onde se retêm e se destacam seus traços fundamentais. Pode ser um desenho (modelo pictórico), um conjunto articulado de conceitos (modelo teórico ou modelo teórico-matemático) ou uma fórmula (modelo matemático).

Ao ressaltar os traços principais de uma dada realidade empírica, o termo modelo pode ser usado para comparação de situações distintas, como os modelos de proteção social apresentados no capítulo 1, destacando as características do seguro social, da assistência social e da seguridade social. No capítulo 2, são mencionados modelos de estudo para a análise da política de saúde e, no capítulo 4, descrevem-se modelos de causalidade e modelo de intervenção.

No caso da expressão 'modelos assistenciais', ela passou a ser empregada no Brasil a partir da década de 1980, referindo-se às formas de organização dos serviços de saúde envolvendo unidades com distintas complexidades tecnológicas relacionadas entre si em diferentes espaços e populações (Brasil, 1990). Muitos textos usavam as expressões modelo de atenção ou modelos assistenciais com o mesmo significado, sem uma preocupação com definições ou conceituações. No entanto, a revisão da literatura revela diferentes concepções apresentadas a seguir:

- 1) Forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde, ou seja, modo 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 contrarreferência, 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 de 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 e ações programáticas (programas de controle de doenças, programas de atenção a grupos populacionais específicos); vigilância da saúde (oferta de serviços de acordo com demandas, necessidades e problemas) contemplando território, condições 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 sequelas, recuperação da capacidade física, mental e social).
- 4) Modelo tecnoassistencial 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 um modelo tecnoassistencial ou um modelo de gestão?

Apesar da importância dessas contribuições para as políticas de saúde e para a organização de ações e serviços, tais concepções não se respaldaram, na maioria das vezes, em uma reflexão teórico-conceitual. A concepção (1) diz respeito à organização do sistema de serviços de saúde. A concepção (2) remete a um modo de organização do processo de prestação de serviços de saúde. A concepção (3) representa uma forma de organizar as ações de saúde. Já a concepção (4), ao enfatizar a gestão democrática e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida, concentra-se no componente gestão do sistema de serviços de saúde e na formulação de políticas. Nenhuma delas se volta, especificamente, para as dimensões técnicas e tecnológicas das práticas de saúde. Não traziam conceitos explícitos, nem apresentavam, claramente, as teorias que lhes sustentavam.

Contudo, algumas definições ressaltaram a dimensão técnica das práticas de saúde enquanto outras sugeriam uma dada forma de organização de serviços. Há, ainda, aquelas que conjugam ambas as concepções: modo com que são produzidas as ações de saúde e a maneira como se organizam os serviços de saúde. Campos apresentou a seguinte definição de modelo de atenção:

Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só técnica. (Campos, 1997: 266)

Talvez esse objeto que não é só técnico, nem somente político, tenha levado a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a adotarem a noção de modelo de atenção, ora referindo-se à prestação da atenção, ora como proposta política de reorganização do sistema de serviços de saúde, a exemplo dos Sistemas Locais de Saúde (Silos).

No Brasil, a proposta de Silos foi redefinida, com a denominação de distrito sanitário, enfatizando a integralidade da atenção (Silva Junior, 1998). Ainda assim, duas concepções de distrito sanitário disputavam no processo de implantação: distrito sanitário como modelo de atenção ou como modelo organizacional-gerencial de serviços de saúde. No primeiro caso, tratava-se de identificar combinações tecnológicas a serem acionadas em função dos problemas de saúde diagnosticados, adquirindo centralidade o conceito de práticas de saúde. No segundo caso, a preocupação central era a organização e gerência de serviços, apelando para a noção de rede. Na realidade, enquanto o modelo de atenção diz respeito ao conteúdo do sistema de saúde (as ações ou intervenções de saúde), o modelo organizacional-gerencial refere-se ao continente (estrutura e articulação dos estabelecimentos de saúde).

Modelo de atenção, nessa segunda perspectiva, pode ser ilustrado com a seguinte definição:

Modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (Mendes, 2010: 2.302)

Pode-se, então, constatar nesse caso uma visão na qual o modelo é algo exemplar e supõe o funcionamento de redes, estratificação por risco, preocupação com os determinantes sociais da saúde e com o quadro demográfico e epidemiológico, além das intervenções. Trata-se do modelo como um molde a orientar a construção de redes de atenção à saúde e a montagem de sistemas integrados de saúde. Ideia semelhante aparece com o modelo assistencial em saúde mental (Borges & Baptista, 2008), voltado para a desinstitucionalização, contrapondo o modelo asilar ou manicomial ao psicossocial. Enquanto o primeiro privilegia o espaço hospitalar e o saber psiquiátrico, o segundo enfatiza a reinserção social, os direitos humanos, a autonomia e a cidadania no processo da reforma psiquiátrica brasileira (Quinderé *et al.*, 2010).

Entretanto, 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. Nesse caminho, importa identificar os traços fundamentais, as lógicas, a razão de ser ou as racionalidades que caracterizam os modelos de atenção à saúde vigentes, bem como as propostas alternativas.

Na medida em que o sistema de saúde se propõe a solucionar problemas de saúde e atender às necessidades por meio de ações integrais, não é aconselhável ignorar a natureza das ações de saúde, nem as tecnologias a serem empregadas nas suas relações com a totalidade social. Assim, a questão de fundo necessária à reflexão sobre modelos de atenção diz respeito ao processo de trabalho em saúde.

A teoria do processo de trabalho entende a prática de saúde como um processo de transformação de um dado objeto em um produto, a partir de uma finalidade prevista ou de um projeto. Nessa prática, são acionados meios de trabalho que contribuem para uma aproximação ao objeto e para sua transformação, mediante a realização de atividades ou trabalho propriamente dito. Esses meios ou instrumentos de trabalho podem ser materiais, como um estetoscópio ou uma vacina, e não materiais, como o saber clínico ou epidemiológico.

gico. Nessa teoria, os momentos constituintes do processo de trabalho são o objeto, os meios de trabalho e o trabalho propriamente dito. Além disso, devem ser consideradas as relações técnicas e sociais entre agentes-sujeitos, sob as quais é realizado o trabalho em saúde.

Estudos sobre as práticas de saúde nessa perspectiva identificaram, inicialmente, o corpo como objeto do trabalho médico. Esse corpo, portador de necessidades traduzidas como doenças, seria objeto de intervenção por meios de trabalho, como o saber médico e os seus instrumentos diagnósticos e terapêuticos (Arouca, 2003). No entanto, as reflexões sobre o normal e o patológico ultrapassaram as dimensões anatômicas e fisiológicas, permitindo uma discussão sobre o campo da normatividade médica e sobre as relações entre saúde e estrutura social (Donnangelo & Pereira, 1976). Já as pesquisas subsequentes indicaram as relações entre necessidades, tecnologias e práticas de saúde (Mendes-Gonçalves, 1988, 1992).

Além das tecnologias mais estruturadas, como equipamentos e medicamentos, tem sido ressaltado um conjunto de tecnologias não tão estruturadas presentes no trabalho em saúde, denominadas 'leves' (Merhy, 1997). Essa proposição parte do reconhecimento de que o trabalho em saúde dispõe de uma ampla margem de autonomia, de modo que, no trabalho vivo, poderiam ser produzidas relações inovadoras ou instituintes de grande importância para a qualidade do cuidado. Distingue as tecnologias duras (tensiômetro, vacinas, tomógrafo, estruturas organizacionais etc.), leve-duras (epidemiologia, clínica médica, psicanálise, questionários, prontuários, protocolos etc.) e leves (acolhimento, escuta, diálogo, vínculo, responsabilização etc.). Essas tecnologias 'leves' vêm sendo consideradas geradoras de satisfação em unidades de saúde da família (Ferri *et al.*, 2007) e auxiliares no enfoque de redução de danos utilizado na reorientação do modelo de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009). Assim, o Ministério da Saúde inclui como tecnologias, além de medicamentos e equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, protocolos assistenciais, entre outros (Brasil, 2006).

Se a teoria do processo de trabalho aponta para diferentes objetos, meios e atividades, os **modelos de atenção** dizem respeito às tecnologias como meios de trabalho. Assim, um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde. Não como algo exemplar, molde, norma ou padrão que todos devem seguir ou rejeitar, como aparece em alguns discursos, tais como "o modelo de atenção do SUS deve ser a saúde da família" ou "o modelo assistencial do Brasil é hospitalocêntrico". Ao contrário, indica modos de organizar a ação e dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas.

Nessa perspectiva, modelo de atenção é uma combinação de tecnologias acionadas para resolver problemas e atender às necessidades de saúde, individuais e coletivas. A partir do seu estudo, podem ser identificadas distintas racionalidades que orientam as ações de saúde e que conduzem à adoção de certos meios de trabalho em uma dada situação. Portanto, a teoria do processo de trabalho em saúde desenvolvida por pesquisadores brasileiros fornece elementos conceituais mais potentes para a compreensão e crítica dos modelos de atenção, no sentido de fundamentar a transformação das práticas de saúde.

Contudo, se na elaboração teórico-conceitual faz sentido articular a noção de modelo de atenção à teoria do processo de trabalho em saúde, reconhecendo as tecnologias como meios de trabalho, na perspectiva estratégica devem ser também consideradas outras dimen-

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.

sões – política, gerencial e organizativa –, que podem ser alvo da conjunção de propostas sinérgicas para as mudanças nos sistemas de saúde (Teixeira & Solla, 2006).

CONTEXTUALIZAÇÃO: MOVIMENTOS IDEOLÓGICOS E PROPOSIÇÕES DE MODELOS

Após a discussão teórico-conceitual, convém proceder a uma contextualização no sentido de identificar movimentos ideológicos que influenciaram na elaboração de modelos e no desenvolvimento histórico das políticas e práticas de saúde. Neste tópico, o termo modelo será utilizado na acepção de esquema ou desenho, isto é, como representação simplificada da realidade.

Ao se ultrapassar a ideia de que cada doença teria uma causa específica, tal como fora difundido no final do século XIX, o modelo agente-hospedeiro-ambiente fundamentou muitas ações de saúde, reforçando a concepção de multicausalidade. Indicava que a doença poderia ocorrer a partir do desequilíbrio nas relações entre tais elementos, de modo que o agente ou o ambiente pudesse agredir o hospedeiro. 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 esse esquema também conhecido como ‘modelo ecológico’.

A partir das influências do movimento ideológico da **medicina preventiva** (Arouca, 2003), foi difundido o ‘modelo da história natural das doenças’ estabelecendo cinco níveis de prevenção, cujas medidas poderiam ser aplicadas de forma integral em diversos momentos do processo saúde-doença, conforme descrito no capítulo 4.

Medicina preventiva

A medicina preventiva utilizava noções 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. Indicava a possibilidade da redefinição das responsabilidades médicas por meio de mudanças na educação, mantendo a organização de serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal (Arouca, 2003).

Nesse ‘modelo da história natural das doenças’, como representação esquemática do complexo processo saúde-doença, a epidemiologia e a clínica seriam as disciplinas básicas para a intervenção das práticas de saúde. A primeira estaria voltada especialmente para o estudo das doenças nas populações e dos seus determinantes, sobretudo no período pré-patogênico, orientando a prevenção da ocorrência. A segunda analisaria os processos morbidos no âmbito individual, ou seja, no período patogênico, contribuindo na prevenção da evolução da doença pelo diagnóstico precoce e tratamento.

Já o movimento ideológico da **medicina comunitária** propunha 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 ou integralidade da atenção). As noções de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde vinculavam-se ao ‘modelo da pirâmide’ para a organização de serviços com os níveis de atenção primária, secundária e terciária, descritos no capítulo 17. 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 tal situação de 'modelo hospitalocêntrico'.

Medicina comunitária

Tratava-se de uma tentativa de operacionalização da medicina preventiva, acrescentando outras ideias como integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização. A medicina 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 de serviços de saúde (Paim, 2006).

A medicina preventiva e a medicina comunitária não constituem, propriamente, modelos de atenção. Como conjunto de práticas ideológicas voltadas para modificar concepções e visões de mundo, relacionadas com a prática médica, tais movimentos apenas propiciaram a proposição de modelos na acepção de representação simplificada da realidade, como o 'modelo da história natural das doenças' e o 'modelo da pirâmide'. O primeiro apresentava um esquema como os níveis de prevenção e o segundo, uma hierarquização dos níveis de atenção. Ambos contribuíram com a elaboração de argumentos voltados para a reorganização das práticas de saúde.

Após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, desenvolve-se o movimento da **atenção primária à saúde**, enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo.

Atenção primária à saúde

A partir da difusão do corpo doutrinário da Declaração de Alma-Ata, distintas concepções de atenção primária têm fundamentado as políticas e práticas de saúde, conforme apresentado no capítulo 16.

Desse modo, o 'modelo da atenção primária' era contraposto ao 'modelo hospitalocêntrico', alimentando uma crítica político-ideológica visando à reformulação das políticas públicas e à reorganização do sistema de serviços 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 polos: ambiente, biologia humana, estilo de vida e sistema de organização dos serviços. O 'modelo do campo da saúde', descrito detalhadamente no capítulo 4, foi usado como argumento para questionar os custos crescentes da assistência médica, justificando 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.

Essa concepção foi reforçada com o movimento da **promoção da saúde**, que teve como marco a Carta de Otawa, em 1986, enfatizando os determinantes socioambientais da saúde. Consequentemente, as intervenções a serem acionadas estariam mais voltadas para tais determinantes. Com a ampliação das discussões sobre determinantes sociais da saúde, difundiu-se o 'modelo Dahlgren & Whitehead', contemplando elementos biológicos, estilo de

168

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

Esses 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.

vida, redes sociais e comunitárias, além de condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. No capítulo 4, são apresentados os determinantes proximais, intermediários e distais, vinculados ao referido modelo, destacando-se as recomendações da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde em 2008.

Promoção da saúde

De acordo com a Carta de Ottawa, “as condições e os requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, 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.

Diversas conferências internacionais têm ampliado a discussão sobre promoção da saúde, com recomendações mais abrangentes.

Fonte: Rabello, 2010.

A ideia de integração das ações preventivas e curativas e de sua organização em redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, tal como proposta pela medicina preventiva e pela medicina comunitária, passou a inspirar iniciativas políticas mais amplas, como o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e o 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 verticais ou especiais (Programa Materno-Infantil, Programa Nacional de Imunizações, Programa de Tuberculose etc.), de um lado, e a implantação de Ações Integradas de Saúde (AIS), de outro, trouxeram para o debate no país a questão dos modelos de atenção com vistas à integralidade.

Princípio da integralidade

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária brasileira 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 e a determinação social da saúde, mediante ação intersetorial.

Diferentes sentidos e significados têm sido atribuídos a este princípio, constatando-se um esforço de reflexão teórica e de pesquisa para o estabelecimento de critérios que permitam a sua implantação e operacionalização. Assim, os sistemas de serviços de saúde organizados segundo tal princípio 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. Na caracterização de práticas integrais, destacam-se: atendimento às necessidades de saúde de indivíduos, grupos e populações em suas dimensões biopsicossociais; compromisso dos distintos níveis do sistema de saúde; ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e ações curativas no cuidado individual de um serviço em qualquer nível do sistema ou em outros setores, conforme a necessidade; equipes multiprofissionais que valorizem o acolhimento, a escuta, o diálogo e o vínculo nas relações interpessoais. O princípio da integralidade pode orientar o cuidado, as práticas, os programas, as políticas e os sistemas de saúde (Giovanela *et al.*, 2002; Nunes, 2011).

Esse debate foi promovido pelo movimento sanitário na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na sistematização das bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira e na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Posteriormente, o princípio da integralidade foi inserido na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas normas 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 e dos determinantes sociais da saúde.

Essa breve contextualização procurou indicar certas relações entre movimentos ideológicos, construção de modelos de atenção e iniciativas de políticas de saúde. Portanto, movimentos ideológicos que atravessaram o âmbito da saúde nos países centrais e periféricos foram reproduzidos no Brasil, de modo que o movimento da medicina preventiva difundiu-se nas décadas de 1950 e 1960, institucionalizando-se por meio da criação de departamentos nas escolas médicas, especialmente após a Reforma Universitária de 1968. O movimento da medicina comunitária chegou ao Brasil na década de 1970, reproduzindo-se nos centros de saúde-escola e nos programas de extensão de cobertura e reforçando-se após a Conferência de Alma-Ata. O movimento da atenção primária possibilitou a implantação de programas em alguns estados e municípios na década de 1980 e do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) na seguinte. Já o correspondente à medicina de família penetrou no Brasil durante a década de 1980, absorvido inicialmente em sistemas municipais de saúde, ampliando-se em 1994, mediante um programa especial do Ministério da Saúde (Paim, 2006).

Enquanto o 'modelo hospitalocêntrico' era criticado por técnicos e dirigentes, a atenção primária e a promoção da saúde passaram a ser defendidas como modelos de atenção. No caso da promoção da saúde, apesar de a 8ª CNS trazer um conjunto de proposições convergentes com seu corpo doutrinário, a incorporação em políticas públicas só teve início na segunda metade da década de 1990, sendo formalizada em 2006.

Movimentos ideológicos como a medicina preventiva, medicina comunitária, atenção primária e promoção da saúde, ao mesmo tempo que construíram representações da realidade (modelo ecológico, modelo da história natural das doenças, campo da saúde, modelo Dahlgren & Whitehead), também contribuíram para a construção de modelos de atenção à saúde, como racionalidades, como se apresenta a seguir.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Os modelos de atenção podem atender à lógica da demanda ou à das necessidades. Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas. Desse modo,

168

dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico e o modelo sanitaria. Esses modelos hegemônicos não contemplam nos seus fundamentos o princípio da integralidade: ou estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico) ou buscam atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitaria).

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 dos serviços face às necessidades, a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade das ações. Essa preocupação reaparece na 10ª CNS, em 1996, que teve como tema central "SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida". Na 11ª CNS, em 2000, apresentou-se 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, modelo de atenção foi tratado transversalmente na maior parte dos temas, e na 13ª CNS, em 2007, esteve presente no eixo temático intitulado "Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida". Do mesmo modo, o documento orientador para os debates da 14ª CNS, em 2011, defendia um sistema de saúde não apenas universal e igualitário, mas também organizado para promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Criticava o modelo de atenção hegemônico com predomínio de práticas individualistas, curativas e centradas em doenças e nos atendimentos hospitalares, propondo a atenção integral aos novos perfis de necessidades e demandas, bem como ações e políticas intersetoriais.

Desse modo, diversas iniciativas têm sido empreendidas, no sentido de superar os limites dos modelos hegemônicos e construir propostas alternativas mais coerentes com a Reforma Sanitária brasileira.

Modelos de atenção hegemônicos

O conceito de hegemonia aqui empregado para qualificar modelos de atenção à saúde diz respeito à direção política e cultural exercida por um dado projeto de uma classe ou de um segmento social e acionada para a obtenção do consenso ativo da população (Gruppi, 1978). Assim, o modelo médico e o modelo sanitaria podem ser identificados como aqueles predominantes no sistema de saúde brasileiro.

O modelo médico hegemônico apresenta os seguintes traços fundamentais: 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) a-historicidade 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). 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. Como representantes desse modelo, podem ser mencionados o modelo médico assistencial privatista e o *managed care* (atenção gerenciada).

O modelo sanitaria apoia-se nas correntes bacteriológica e médico-sanitaria que geraram, segundo Merhy (1992), distintos modelos tecnoassistenciais, como o campanhista e o verticalista permanente. Portanto, esse modelo sanitaria remete à ideia de campanha

ou programa, sempre presente no imaginário da população e de técnicos, diante de um problema ou de uma necessidade de saúde de caráter coletivo. Embora subalterno ao modelo médico, predomina no Brasil desde o início do século XX, sob a influência norte-americana. Fundamenta-se no saber biomédico (microbiologia, parasitologia, virologia, imunologia, clínica etc.), bem como nas disciplinas de epidemiologia, estatística, administração, saneamento, entre outras.

Ao tomar como objeto os modos de transmissão e fatores de risco, o modelo sanitarista busca tecnologias específicas para cada problema identificado, recorrendo a uma organização vertical para a intervenção. Apresenta traços autoritários desde a emergência da polícia sanitária e as medidas de saúde pública adotadas por Oswaldo Cruz (Paim *et al.*, 2011). Como exemplos desse modelo de atenção, cabem ser citados as campanhas sanitárias (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias etc.), os programas especiais (controle da tuberculose, hanseníase, Aids, tabagismo etc.) e as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

1) Modelo médico assistencial privatista

Representa a versão mais conhecida do modelo médico. É centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. É o modelo de atenção mais conhecido e prestigiado pela mídia, pela categoria médica, por políticos e pela população medicalizada, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde. 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 & Solla, 2006). Volta-se para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram, por livre iniciativa, os serviços de saúde. Consequentemente, 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, doenças e agravos não seriam atendidas pelo sistema de saúde, pois não constituiriam uma demanda espontânea.

Esse modelo encontra seus fundamentos na chamada **medicina flexneriana**, reforma médica operada nos Estados Unidos a partir do Relatório Flexner, em 1911. Apesar de certas objeções ao suposto 'modelo biomédico flexneriano', sublinhando que tal relatório reconhecia o fato de a função do médico tornar-se mais social e preventiva do que individual e curativa (Almeida Filho, 2010), aqui se considera o flexnerismo como o movimento ideológico que influenciou, historicamente, a educação e a prática médica.

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.

168

No Brasil, o modelo médico-assistencial privatista 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, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Entretanto, não é exclusivo do setor privado, reproduzindo-se, também, no SUS. É predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral e pouco se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população.

2) 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, planos de saúde autogestão e seguro-saúde, o modelo de atenção gerenciada (*managed care*) passa a coexistir, contraditoriamente, com o modelo médico assistencial privatista. 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, 2002).

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. Apoia-se em diretrizes (*guidelines*), conferências de consenso, meta-análises, protocolos, guias etc.

Para saber mais sobre medicina baseada em evidências, consulte o capítulo 25.

Os protocolos clínicos 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 uma camisa de força no *managed care*, 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. Mas enquanto o modelo médico assistencial privatista estimula 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 dos procedimentos e serviços especializados de alto custo.

A transição verificada com a penetração do capital financeiro no setor saúde costuma atingir o núcleo tecnológico em saúde, podendo inclusive descentrar o trabalho dos equipamentos e dos especialistas. Na assistência médica, o *managed care* pode envolver outros profissionais, a exemplo dos enfermeiros “no controle mais pessoal dos custos e explorando

a grande eficácia das tecnologias leves e leve-duras na produção dos atos de saúde” (Merhy, 2002: 87). Na assistência sanitária individual, atua sob a lógica do risco, aumentando a presença de equipes multiprofissionais na sua prevenção e selecionando grupos sadios para a redução de custos. Já na ação coletiva admite a prerrogativa da atuação estatal (Merhy, 2002).

3) Campanhas sanitárias

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 distais da situação de saúde. Consequentemente, expressa um modelo de atenção que não enfatiza a integralidade da atenção, nem a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Apresenta uma organização de caráter temporário, com direção centralizada e unificada (Paim, 2003).

4) Programas especiais

Embora muitas campanhas tenham sido substituídas por programas especiais, a essência do modelo sanitário mantém-se preservada, fortalecendo uma administração vertical, com coordenadores ou gerentes nacional, estadual e municipal (às vezes distrital e local). As decisões, normas e informações atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e, muitas vezes, autoritária.

Uma simples consulta ao 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, hiperdia (hipertensão e diabetes), tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador 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 doenças como tuberculose, diabetes, hipertensão arterial e hepatites virais, reproduzem-se interseções ou superposições entre os programas, ampliando a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das atividades.

Alguns desses programas institucionalizam-se de tal forma que são regidos por legislação específica, transformando-se em políticas ou constituindo redes assistenciais paralelas. Nessa situação, poderiam ser mencionados os programas de Aids e de transplantes, a saúde mental e a saúde do trabalhador (Paim *et al.*, 2011). No caso da Política Nacional de Saúde do Homem, chega-se ao ponto de delimitar tal condição de gênero até os 59 anos, de modo que, a partir dessa idade, os indivíduos no limite poderão ser considerados idosos.

No entanto, certos programas especiais têm aspectos positivos, como o fato de apresentarem objetivos bem definidos e metas, além de atividades e recursos, o que pode facilitar a avaliação.

168

5) Vigilância sanitária

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, contando com o apoio de laboratórios de saúde pública. Tem como propósitos a regulação, o controle e a fiscalização sobre a produção, a distribuição e o consumo de produtos e serviços nocivos ou potencialmente prejudiciais à saúde. Embora a sua intervenção concentre-se na proteção da saúde, o seu desenvolvimento recente no Brasil a partir da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, busca ampliar a sua atuação para a promoção da saúde.

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: 1) o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidos todas as etapas e os processos, da produção ao consumo; 2) 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.

A elaboração teórico-conceitual desenvolvida a partir de então tem permitido delimitar objetos de intervenção e meios de trabalho, levando em conta a teoria do processo de trabalho em saúde. Na medida em que a vigilância tenha como finalidade a qualidade de vida, os 'meios de vida' podem ser considerados o objeto de suas práticas. Os meios de vida, identificados como nutrientes, energias e estado de saúde, podem ser ampliados, contemporaneamente, incluindo ambientes, medicamentos, equipamentos, alimentos, tecnologias médico-sanitárias etc., todos alvos da vigilância sanitária. Conseqüentemente, a promoção desses meios de vida ou a proteção contra a vulnerabilidade e as ameaças de sua deterioração constituem práticas da vigilância sanitária. Envolve, também, o controle de riscos (ocupacionais, iatrogênicos, institucionais, ambientais e sociais) e a regulação para além das suas conhecidas ações burocráticas e cartoriais (Paim, 2008).

Na análise da especificidade dos objetos da vigilância sanitária, tem-se ressaltado a sua dupla dimensão como 'meios de vida' e 'mercadoria'. Assim, baseando-se na referida teoria, destacam-se como objeto de trabalho os produtos, processos e ambientes de interesse da saúde. Entre os meios de trabalho, podem ser citados saberes, instrumentos e normas técnicas e jurídicas. Já o trabalho propriamente dito inclui análises laboratoriais, registro de produtos, inspeção sanitária, vigilância de eventos adversos, controle sanitário da circulação de meios de transporte, cargas e pessoas, entre outras atividades. Nesse caso, os agentes do trabalho são funcionários do Estado, o produto do trabalho seria o controle de riscos reais e potenciais e a finalidade do trabalho, a defesa e a proteção da saúde da coletividade (Souza & Costa, 2010).

Estudos e pesquisas realizados na última década, assim como as várias iniciativas para a renovação da vigilância sanitária no Brasil, repõem a questão da integralidade para essa área de atuação do SUS, incluindo propostas alternativas de modelos de atenção (Costa, 2008; Pepe *et al.*, 2010; De Seta & Dain, 2010; O'Dwyer, Reis & Silva, 2010). O Plano Diretor de

Vigilância Sanitária (PDVISA) destaca a necessidade de que a vigilância sanitária se integre às ações e aos programas do SUS, embora ainda se verifiquem certo isolamento ou encontros pontuais, como no caso da assistência à saúde da mulher (Maia, Guilhem & Lucchese, 2010).

6) Vigilância epidemiológica

Inicialmente, a **vigilância epidemiológica** era considerada uma etapa dos programas de erradicação (malária e varíola), que vinha após as fases de preparação e de ataque. Depois, 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 decorrente de alterações dos fatores condicionantes, visando a recomendar oportunamente medidas que levassem à prevenção e ao controle da doença (Fossaert, Llopis & Tigre, 1974). Apoiava-se em um sistema de informação-decisão-controle, baseado na epidemiologia e na estatística, além das disciplinas biológicas, 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, concentra-se ainda no controle de danos em vez do controle de riscos e dos determinantes.

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.

Presentemente, é possível identificar no Brasil uma vigilância epidemiológica tradicional e outra moderna (vigilância em saúde pública). A primeira corresponde às práticas realizadas no cotidiano dos serviços, como as ações de notificação, investigação, consolidação de dados e adoção de medidas de prevenção e controle referentes às doenças transmissíveis. Na segunda, a coleta, análise, interpretação e disseminação de dados e informações, bem como a execução de ações de prevenção e controle, são realizadas de forma contínua, com foco dirigido para resultados específicos. Pode ser ilustrada pela portaria n. 1.172, de 15/06/2004, que estruturou o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), incluindo, além das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e dos agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, a vigilância ambiental e a vigilância da situação de saúde (Silva & Vieira-da-Silva, 2008).

7) 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 expressão de política de saúde focalizada dirigida aos pobres e excluídos, não diferem muito dos programas especiais. Incluem 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.

168

O PSE, criado como um programa especial, foi integrado ao Pacs na segunda metade daquela década. Assenta-se em equipes de saúde (médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários de saúde) para uma população adscrita, podendo ser acrescida de odontólogos. Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, outros profissionais da saúde, como assistentes sociais e psicólogos, participam desse modelo de atenção. O seu desenvolvimento conceitual, institucional e operacional permite reconhecer certas potencialidades inovadoras, conforme será discutido no próximo tópico.

Para refletir

Defina, com as suas próprias palavras, o que são programas especiais em saúde e discuta alguns considerados exitosos e outros 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 se constituem grandes desafios para as políticas públicas. Na busca de alternativas aos modelos de atenção hegemônicos, têm sido valorizadas diversas propostas, tais como oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado. A maioria dessas propostas tenta conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade. Enquanto algumas valorizam a efetividade e a qualidade técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços.

1) Oferta organizada

Esta proposta se volta para o nível local, buscando compatibilizar a ideia de impacto com o princípio da não rejeição à demanda. Procura, no entanto, redefinir as características da demanda, contemplando as necessidades epidemiologicamente identificadas. Favorece relações funcionais e programáticas entre a demanda espontânea e a oferta no interior da unidade de saúde, visando ao comprometimento dos serviços com as necessidades de saúde da população. Assim, os principais problemas seriam identificados na análise da situação mediante estudos epidemiológicos que orientariam a programação da oferta de serviços e ações nos estabelecimentos de saúde. A obtenção do melhor impacto na solução do problema seria conseguida por meio de uma combinação de recursos e tecnologias capazes de garantir alto grau de efetividade e qualidade da atenção.

Mesmo que as normas técnicas sejam estabelecidas em níveis mais centrais do sistema, passariam por adaptações no nível local. A oferta organizada é realizada no âmbito de unidades de saúde. As noções de territorialização, integralidade 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 vigentes nos modelos de atenção hegemônicos, inclusive as campanhas e os programas especiais.

Uma unidade 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 e 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 contrarreferência. Nesse sentido, seriam utilizados protocolos para identificação e controle dos agravos reconhecidos como problemas prioritários, bem como para assegurar a qualidade da atenção.

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 da unidade e dos trabalhadores da saúde, inclusive os médicos, 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).

2) Distritalização

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

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 por meio 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.

A distritalização não se restringia às atividades intramurais, nem a um recorte arbitrário do território, nem à instalação de uma instância burocrática para a gerência que revelam uma concepção topográfica e burocrática de distritos sanitários. Contemplava uma população definida, um território-processo, uma rede de serviços de saúde e equipamentos comunitários.

168

rios, tendo em conta as seguintes diretrizes: integralidade, intersetorialidade, participação da comunidade e efetividade.

Embora possam ser identificadas semelhanças entre os distritos sanitários e os Silos, a proposta de distritalização no Brasil diferencia-se daquela difundida pela Opas, 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.

3) Ações programáticas de saúde (APS)

Esta proposta foi construída a partir da redefinição de programas especiais de saúde, recompondo as práticas de saúde no nível local, por meio 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 de atenção básica. Aproxima-se da proposta da oferta organizada, valorizando a integralidade, qualidade e efetividade, embora concentrando suas ações no interior das unidades de saúde.

Diante de algumas críticas dirigidas a essa proposta, convém alertar que as ações programáticas em saúde não tratam do mesmo problema que a medicina, não se reduzem a uma padronização sistemática de condutas, nem à burocratização. Também não são uma panaceia capaz de resolver os problemas do sistema de saúde, nem se resumem à racionalização de meios escassos para atingir objetivos mínimos (Schraiber, 1993). A prática programática empreendida em uma experiência de atenção básica revela fluxos assistenciais e atividades médico-sanitárias em diversas áreas temáticas (saúde da mulher e do adolescente, saúde mental, saúde no envelhecimento, avaliação, vigilância epidemiológica, gerência, informação e comunicação, entre outras) (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996).

4) 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 do modelo de vigilância da saúde, voltado para a integralidade e efetividade, conforme o Diagrama 1.

Descrevendo essa figura 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, sequelas 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 probabilidade 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.

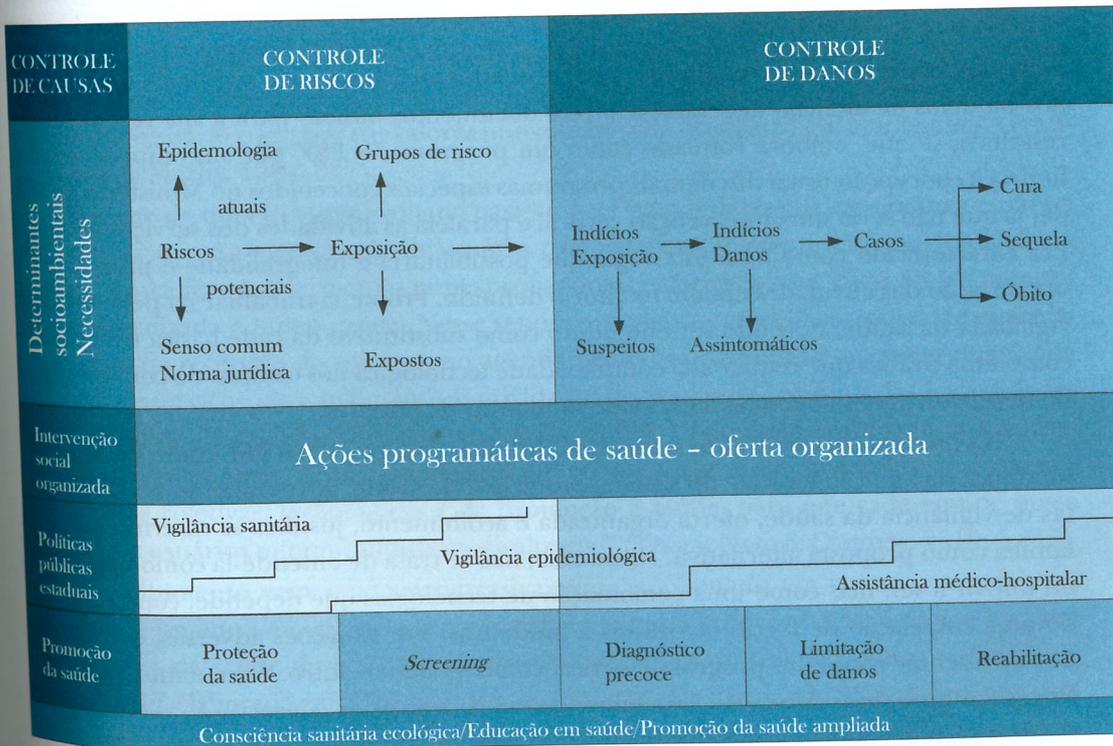
Antecedendo os riscos podem ser identificadas, à esquerda do diagrama, necessidades sociais de saúde condicionadas pelo modo de vida, ou seja, pelo conjunto de condições e estilos de vida dos grupos sociais de acordo com a sua inserção na estrutura social. A intervenção sobre esse momento constitui estratégias visando ao controle das causas, que geral-

mente ultrapassam as possibilidades e atribuições do setor saúde. Ainda assim, as políticas de saúde precisariam 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. Presentemente, essas ideias têm sido enfatizadas nas propostas de promoção da saúde e nas intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.

Ao articular o controle de danos, riscos e causas, o modelo de vigilância da saúde não só sugere a possibilidade de uma integração com as vigilâncias, a assistência médica e as políticas públicas, mas também aponta para uma possível superação dos modelos de atenção hegemônicos ao articular, no âmbito local, a oferta organizada, as ações programáticas, a intervenção social organizada e as políticas intersetoriais ou transetoriais. Embora tenha sido concebido em uma perspectiva coletiva, possibilita um diálogo com as ações individuais por meio de medidas preventivas, conforme se pode observar na parte inferior do diagrama.

Nesse particular, a promoção da saúde, que no modelo da história natural das doenças localizava-se no período pré-patogênico, no diagrama da vigilância da saúde atravessa todos os momentos do processo saúde-doença, juntamente com a educação em saúde e a consciência sanitária e ecológica (concepção ampliada de promoção da saúde). 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 ideias de autonomia, protagonismo e projeto de vida, pode ser pensada em todos os momentos, até mesmo em uma situação limite, como durante a internação em uma UTI ou diante de uma epidemia de violências.

Diagrama 1 – Vigilância da saúde



Fonte: Paim, 2003.

167

Em síntese, o modelo da vigilância da saúde enfatiza os seguintes componentes: 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 na 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. Para o processo avaliativo e de sua operacionalização, foi construído um modelo lógico, com diferentes níveis, dimensões e componentes, considerando a complexidade dos objetos de intervenção e suas possibilidades de prática social transformadora. Nesse modelo, são destacadas as condições de vida, incluindo determinantes e condicionantes de saúde, relacionando-as com as necessidades e os problemas de saúde na perspectiva do controle de causas, riscos e danos. Isso resultaria em uma dada situação de saúde e qualidade de vida, também decorrentes de práticas assistenciais e políticas setoriais e intersetoriais em um determinado contexto político, a partir das relações entre governo e sociedade (Arreaza & Moraes, 2010).

5) Estratégia Saúde da Família

O PSF, formulado desde a sua origem como um programa especial vinculado ao modelo sanitário, tem sido redefinido, progressivamente, como uma estratégia de mudança dos modelos de atenção hegemônicos. 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 especiais 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 integralidade e promoveria a organização das atividades em um território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância da saúde, devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

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. Nesse caso, não se trata de entendê-la como uma norma ou um vir a ser, mas como uma combinação de tecnologias que depende, concretamente, de uma correlação de forças favoráveis a mudanças. 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, a estratégia da saúde da família pode se constituir em proposta alternativa de modelo de atenção (Goulart, 2007; Solla, 2010).

No Rio de Janeiro, além da baixa cobertura do PSF, enfrentam-se os seguintes problemas: inexistência ou precariedade da contrarreferência; desorganização das atividades de regulação; limitada oferta de consultas e exames; baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; precariedade de sistemas de informação e comunicação; influência político-partidária na gestão das unidades (Serra & Rodrigues, 2010). Em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, foram identificados mecanismos de integração entre níveis assistenciais, estruturas de regulação nas secretarias municipais e nas unidades de saúde da família, organização dos fluxos, classificação de riscos, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços especializados. Não obstante tais mecanismos, a oferta insuficiente compromete o acesso adequado à atenção especializada e hospitalar (Almeida *et al.*, 2010).

A partir da proposta de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, foi possível investigar a dimensão 'consolidação do modelo de atenção', envolvendo questões como organização do trabalho, acolhimento, humanização, responsabilização, vigilância e promoção da saúde, participação e controle social. Apesar dos escores obtidos em algumas dessas questões, registra-se o fato de que as equipes de saúde da família ainda não compreendem a interface de suas ações e o papel político-ideológico da participação da população no desenvolvimento de modelos de atenção (Silva & Caldeira, 2010).

6) Acolhimento

O acolhimento é uma proposta que vem sendo construída como resposta aos desafios para a inversão do modelo de atenção, privilegiando uma organização do serviço de saúde centrado no usuário. 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 e para a qualidade da atenção e a satisfação do usuário, com ênfase na análise institucional, psicologia e 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 & Solla, 2006). Contempla eventos inesperados e a demanda espontânea. Supõe "mudanças em rotinas, agendas e atividades profissionais individuais e coletivas, terapêuticas e de promoção à saúde, para que cada equipe possa acolher seus usuários minimizando a medicalização" (Tesser, Neto & Campos, 2010: 3.615).

O **acolhimento** vem sendo progressivamente implantado em sistemas municipais, unidades de urgência/emergência, programas de extensão universitária, estágios curriculares, equipes de saúde da família, constituindo elemento central da Política Nacional de Humanização, elaborada em 2004 para perpassar todas as instâncias do SUS. Assim, tem sido reconhecido, também, como diretriz ou estratégia para um novo modelo tecnoassistencial. Entretanto, tem enfrentado obstáculos para sua prática relacionados a questões organiza-

cionais e de gestão, limitação do acesso, descaso com a qualidade da atenção e, em última análise, com a negação do direito à saúde e suas implicações éticas, sociais, políticas e jurídicas.

Acolhimento: experiências e reflexões

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo desenvolveu, no início da década de 1990, os seguintes projetos nessa perspectiva:

- Cabeça Feita
- Para Nascer Bem
- Resgate Cidadão
- Controle do *Aedes aegypti*

Além desses projetos, cabe destacar o acolhimento ao servidor; à criança, e o acolhimento na rede hospitalar.

Fonte: São Paulo, 2002.

7) Linhas do cuidado

Embora as proposições da 8ª CNS e o arcabouço legal do SUS enfatizassem a organização de serviços de saúde por meio de redes regionalizadas e hierarquizadas, somente a partir da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas-2000) e especialmente com o Pacto da Saúde (2006) ampliou-se a discussão sobre a construção de redes e, especialmente, as ‘linhas de produção do cuidado’, conforme as propostas discutidas no capítulo 17.

As linhas de cuidado são entendidas como conjunto de saberes, tecnologias e recursos acionados para enfrentar riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, configurando um modelo de atenção alternativo a partir da demanda (Santos & Andrade, 2011), na perspectiva da regionalização da assistência à saúde e da articulação interfederativa (Brasil, 2011). Têm sido utilizadas para orientar o usuário sobre os caminhos a percorrer no sistema de saúde e sobre as condutas a serem adotadas, especialmente nos casos de doenças crônicas (diabetes, asma, transtorno depressivo, dor lombar), podendo recorrer a ‘projetos terapêuticos singulares’ para monitorar a atenção de pessoas com condições graves, como crianças prematuras, transplantados, portadores de Aids etc. (Silva, 2011).

Na perspectiva da integralidade da atenção, as linhas de cuidado são estruturadas por projetos terapêuticos e valorizam o vínculo com o usuário a partir da atenção básica, articulando-a com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviço de especialidades e outros serviços. Supõem a ampliação da oferta do nível secundário, a regulação pública de toda a rede do SUS, a montagem de fluxos assistenciais centrados no usuário como mecanismos de referência e contrarreferência, bem como a responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico a ser efetuado na linha de cuidado (Franco & Magalhães Júnior, 2004). Voltadas para o atendimento da demanda espontânea, absorvem as propostas do acolhimento e certos elementos da oferta organizada, ampliando o seu escopo dos estabelecimentos de saúde para a rede de serviços. Nessa proposta, constata-se uma combinação de tecnologias ‘leves’ (vínculo), ‘leve-duras’ (protocolos) e ‘duras’ (medicamentos).

Algo parecido ocorre com o chamado ‘modelo de atenção em saúde mental’, baseado nas tecnologias de territorialização, acolhimento e vínculo, utilizadas em um conjunto de

Centros de Atenção Psicossocial (Caps), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O uso mais intensivo de tecnologias como acolhimento, 'clínica ampliada', redução de danos, 'projeto terapêutico singular', protocolos, oficinas de brincar, entre outras voltadas para a atenção de necessidades de saúde mental, poderá contribuir para a construção de novos modelos de atenção. Equipes de referência (*case management*), como instâncias de gestão da clínica, reorganizam o processo de trabalho, facilitando a circulação do paciente entre os diversos profissionais (Miranda & Onocko-Campos, 2010). Para tanto, se fazem necessários um melhor acompanhamento dessas experiências e a realização de estudos avaliativos no sentido de verificar a efetividade desses arranjos.

8) Promoção da saúde

A promoção da saúde envolve medidas que se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e dos estilos de vida de grupos populacionais (Rabello, 2010), 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 (políticas públicas saudáveis). 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 & Solla, 2006).

No Brasil, a promoção da saúde está presente em dispositivos legais e em algumas iniciativas do Ministério da Saúde desde a década de 2000. As recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) fazem referência às potencialidades de formulação de políticas públicas saudáveis, bem como à 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 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). No Quadro 1 encontra-se uma síntese dos modelos de atenção e suas principais características.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção

Modelos	Características
Médico hegemônico	Individualismo; saúde/doença como mercadoria; ênfase no biologismo; a-historicidade da prática médica; medicalização dos problemas; privilégio da medicina curativa; estímulo ao consumismo médico; participação passiva e subordinada dos consumidores.
Médico-assistencial privatista	Centrado na clínica, na demanda espontânea e na atenção médica individual; ênfase em procedimentos e serviços especializados; não contempla o conjunto dos problemas de saúde da população; doença ou doente como objeto; médico e especialista como agentes; tecnologias médicas como principais meios de trabalho; redes de serviços priorizando hospitais; sem prioridade para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; organização da assistência médica em especialidades, valorizando o ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial; tendência à superprodução de serviços, ações e procedimentos.
Atenção gerenciada	Fundamentada na medicina baseada em evidências e na economia; tendência de adoção pelos planos privados de saúde; coexistência contraditória com o modelo médico assistencial privatista; relevância dos protocolos clínicos como tecnologias para o controle de custos e do trabalho médico; compatível com a promoção da saúde e prevenção no sentido de baixar custos e aumentar lucros; tendência à subprodução de serviços; pré-pagamento; contenção da demanda; racionamento de procedimentos e serviços especializados de alto custo.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção (cont.)

Modelos	Características
Sanitarista	Intervenção sobre problemas e necessidades de saúde de caráter coletivo; apoiado por diversas disciplinas (microbiologia, parasitologia, epidemiologia, estatística, administração, saneamento etc.); foco nos modos de transmissão e em fatores de risco; identificação de tecnologias específicas para cada problema; traços autoritários; organização vertical.
Campanhas sanitárias	Combinação de tecnologias para o controle de danos e riscos; não contempla a integralidade da atenção, nem a descentralização das ações; organização de caráter temporário e direção centralizada e unificada.
Programas especiais	Fundamentados no planejamento e na programação; objetivos e metas; atividades e recursos; avaliação; decisões, normas e informações com fluxos verticais; caráter mais permanente.
Vigilância sanitária	Fundamenta-se nos saberes biomédico, jurídico e epidemiológico; intervenções voltadas para o controle de riscos e proteção da saúde, com a retaguarda de laboratórios.
Vigilância epidemiológica	Baseia-se na epidemiologia, clínica, estatística, imunologia e em outras disciplinas biológicas; conjunto de atividades com o intuito de produzir informações para decisão e ação; ênfase na detecção e prevenção de doenças e agravos; controle de riscos e determinantes.
Pacs/PSF	Intervenção focalizada em pobres e excluídos; tecnologia da programação em saúde; delimitação geográfica por meio da territorialização; adscrição de clientela por equipes; ações sobre o território e nos domicílios; atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos; ações básicas de atenção à saúde para grupos prioritários.
Propostas alternativas	Elaboradas no Brasil a partir da década de 1980 com vistas à integralidade, efetividade, qualidade, humanização e satisfação dos usuários do SUS, orientadas pelas racionalidades da demanda e/ou das necessidades.
Oferta organizada	Fundamentada na epidemiologia e no planejamento; compatibilização do impacto e não rejeição à demanda; necessidades de saúde epidemiologicamente identificadas; relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea na unidade de saúde; toma como objeto problemas identificados na análise de situação de saúde; programação da oferta de serviços e ações; combinação de recursos e tecnologias visando à integralidade e à efetividade; normas técnicas adaptadas no nível local; planejamento de saúde com base populacional; ações sobre o ambiente, o indivíduo e os grupos populacionais; Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same); triagem normatizada; sistema de referência e contrarreferência formalizado; protocolos assistenciais para doenças e agravos prioritários; articulação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação sobre indivíduos e sobre o ambiente; controle de agravos; proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos; organização interna das unidades e dos processos de trabalho; normas, rotinas e protocolos voltados para a atenção individual e coletiva na unidade e no território; mecanismos coletivos de avaliação da unidade e dos trabalhadores da saúde; acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade; atenção setorial e predominantemente intramural.
Distritalização	Apoiada na geografia, na epidemiologia e no planejamento; organização de serviços e estabelecimentos e rede estruturada nos distritos sanitários; ênfase no impacto; orientação por problemas; intersetorialidade; planejamento e programação local; autoridade sanitária local; corresponsabilidade; hierarquização; intercomplementaridade; integralidade; adscrição de clientela; heterogeneidade; análise da realidade; integralidade.
Ações programáticas de saúde	Tecnologias derivadas da epidemiologia e da programação em saúde; apoio das ciências sociais; redefinição de programas especiais no nível local; reorganização do processo de trabalho em saúde, a partir da identificação das necessidades sociais de saúde em unidades de atenção básica; concentra ações no interior das unidades de saúde.
Vigilância da saúde	Apoio da epidemiologia, da geografia crítica, do planejamento e das ciências sociais; toma como objetos danos, riscos, necessidades e determinantes de saúde (condições de vida e trabalho); tecnologias de comunicação social, planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias; agentes (equipe de saúde e cidadãos); respostas sociais; correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, de riscos e de danos); práticas sanitárias; ação intersetorial; reorganização das práticas de saúde no nível local (intervenção sobre problemas de saúde); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção (cont.)

Modelos	Características
Estratégia Saúde da Família	Apoio do planejamento, da clínica, da epidemiologia e das ciências sociais; uso de combinações tecnológicas da oferta organizada, distritalização, vigilância da saúde e acolhimento; desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes; 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).
Promoção da saúde	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; cidades saudáveis; escolas promotoras de saúde; ambientes saudáveis.
Acolhimento	Fundamenta-se na clínica, nas ciências da gestão, na psicologia e na análise institucional; organização do serviço de saúde usuário-centrado; atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde (não rejeição à demanda); reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe profissional; relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania; fortalecimento de vínculos entre profissionais e clientela; atenção mais humanizada; mudanças na 'porta de entrada' assim como na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços; releitura das necessidades sociais de saúde.
Linhas de cuidado	Estruturadas por projetos terapêuticos; combinação de tecnologias 'leves', 'leves-duras' e 'duras'; ênfase na continuidade e na integralidade da atenção; vínculo com o usuário a partir da rede básica; articulação com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviço de especialidades e outros; regulação pública, fluxos assistenciais centrados no usuário, referência e contrarreferência e responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico; absorção das propostas do acolhimento e da oferta organizada.

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?

Sistematização

No Quadro 2, encontra-se uma sistematização dos principais modelos de atenção à saúde apresentados e discutidos no presente capítulo, de acordo com as lógicas que orientam a prestação da atenção: demanda ou necessidades. Na segunda coluna, aparecem os modelos de atenção hegemônicos e, na terceira, algumas propostas alternativas.

Quadro 2 – Prestação da atenção, modelos hegemônicos e propostas alternativas

Racionalidades na prestação da atenção	Modelos hegemônicos	Propostas alternativas
Demanda	MODELO MÉDICO Modelo médico-assistencial privatista Modelo da atenção gerenciada	Oferta organizada Acolhimento Linhas do cuidado
Necessidades	MODELO SANITARISTA Campanhas sanitárias Programas especiais Vigilância sanitária Vigilância epidemiológica Pacs/PSF	Ações programáticas em saúde Vigilância da saúde Estratégia Saúde da Família Distritalização Promoção da saúde

O modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), apresenta sérios limites para uma atenção que valorize a integralidade, a efetividade, a equidade e as necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Já o modelo sanitário (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. Assim, as insatisfações em relação aos modelos de atenção hegemônicos e a crise de legitimação das práticas de saúde tornam compreensível o esforço na elaboração de propostas alternativas para a sua reconstrução que constam na terceira coluna do Quadro 2. Daí a arguta observação de um pesquisador da saúde coletiva, com extensa experiência em uma unidade de atenção primária à saúde:

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

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 socio-sanitário. (Ayres, 2004: 27)

Nessa perspectiva, diversas iniciativas têm sido desenvolvidas, tais como equipes de referência, apoio matricial, clínica ampliada, gestão de caso, projeto terapêutico singular (PTS) e classificação ou estratificação de riscos (Penido *et al.*, 2010; Minuzzi, 2010; Mendes, 2010). Essas propostas têm sido debatidas pela saúde coletiva brasileira em seus cursos, publicações e congressos. Assim, 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, no ano seguinte, um número especial sobre a “Humanização e produção de cuidados em saúde” (Deslandes & Ayres, 2005). Durante o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, em 2006, destacaram-se os determinantes sociais e as políticas públicas intersetoriais no documento aprovado pela plenária e intitulado **Declaração do Rio**.

Declaração do Rio

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.

Fonte: Abrasco, 2006.

INCORPORAÇÃO DE PROPOSTAS ALTERNATIVAS DE MODELOS DE ATENÇÃO PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Certos componentes dessas propostas alternativas de modelos de atenção têm sido incorporados em políticas e normas jurídicas do SUS. Assim, elementos da distritalização e da vigilância da saúde compõem o PSF. O acolhimento e o apoio institucional, na condição de tecnologias relacionais, estão presentes na Política Nacional de Humanização no processo de mudança dos modelos de atenção (Pasche & Passos, 2010). Equipes de referência e apoio matricial chegaram a ser recomendados, também, na Política Nacional de Saúde Mental, na Estratégia Saúde da Família e no Humaniza-SUS (Penido *et al.*, 2010; Lopes *et al.*, 2010).

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2003, e com a edição de uma série de portarias, percebem-se esforços para ampliar as intervenções no sentido de articular o controle de danos, riscos e determinantes, incorporando parte da proposta da vigilância da saúde. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, por intermédio da portaria n. 3.252, de 22/12/09, buscou uma integração entre a SVS e a Anvisa para articular as ações de promoção da saúde, vigilância epidemiológica, saúde ambiental, saúde do trabalhador, vigilância sanitária, análise da situação de saúde e estatísticas vitais. Constata-se, desse modo, a incorporação de duas das concepções de vigilância da saúde: 1) 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) integração institucional entre as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde ocupacional e laboratório de saúde pública. A partir de 2006, a vigilância e a promoção da saúde também integram a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Do mesmo modo, o Ministério da Saúde tem tentado organizar redes de serviços e linhas de cuidado junto às secretarias estaduais e municipais. Mais recentemente foram propostas as 'redes interfederativas de saúde', ressaltando-se as distinções com as redes de atenção à saúde ou redes assistenciais (redes de serviços de saúde e ações de saúde) e as linhas de cuidado (Santos & Andrade, 2011).

Diferentemente das linhas de cuidado capazes de constituir um modelo de atenção alternativo a partir da demanda, as redes de serviços referem-se a formas de organização das

ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em um dado território (redes de atenção primária, especializada, redes de atenção hospitalar, redes de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental etc.). Aproximam-se da concepção organizacional-gestional de distrito sanitário, anteriormente referida. Já a rede interfederativa se caracteriza pela gestão intergovernamental e engloba redes de serviços entre entes federativos ('rede de redes'). Trata-se de um arranjo organizativo, comportando aspectos políticos e administrativos. Segundo os autores citados, pode ser organizada por nível de atenção, ciclo de vida, especialidade, gênero, patologia específica etc. Requer colegiados e contratos interfederativos que permitam maturidade administrativa e segurança jurídica, com princípios e diretrizes firmes, mas com flexibilidade de gestão.

Nessa perspectiva, foi publicado o decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, buscando regulamentar a lei n. 8080/90 (Brasil, 2011). Entre outras providências, estabelece o Contrato Organizativo da Atenção Pública da Saúde e dispõe sobre a organização do SUS, com destaque para rede de atenção à saúde, regiões de saúde, hierarquização, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Contempla, ainda, um conjunto de tecnologias como protocolo clínico, diretriz terapêutica, planejamento e mapa da saúde, entre outras, fundamentais para a adoção de modelos de atenção como oferta organizada e linhas de cuidado.

COMENTÁRIOS FINAIS

Diante da carga tripla de doenças na situação epidemiológica (doenças transmissíveis agudas, causas externas e doenças crônicas), questionam-se, presentemente, os modelos de atenção voltados para as condições agudas e propõem-se novos modelos que contemplem condições crônicas (Mendes, 2010).

A proposta de criação de redes de atenção à saúde estimulada pela Opas desde 2009 leva em conta a experiência norte-americana e as redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde. Daí a pertinência de contextualizar o debate, examinando concretamente a situação brasileira. Nos Estados Unidos, os programas públicos Medicare e Medicaid, bem como no sistema privado Kaiser Permanente, verifica-se o crescimento do *managed care*, com utilização do generalista de triagem (*gatekeeper*) com controle do acesso aos especialistas e da prática profissional, além da rigidez no uso dos protocolos clínicos.

As redes regionalizadas nos sistemas nacionais de saúde inspiraram-se no Relatório Dawson publicado no Reino Unido em 1920, embora só considerado em 1948, quando foi criado o National Health Service (NHS) britânico. Este tem passado por reformas com maior controle, definição central de diretrizes, parâmetros e indicadores na elaboração dos contratos. Foram adotados mecanismos de coordenação do cuidado clínico (redes clínicas para tratamento de pacientes com doenças crônicas), protocolos clínicos, articulação funcional de profissionais nos níveis de atenção etc. Portanto, as redes são distintas quando a saúde é reconhecida como bem público, com um sistema universal, e quando a saúde segue a lógica do mercado, centrada na competição. Além dos valores diversos e das dimensões técnica e política, há disputas de poder diante dos vários interesses em jogo (Kuschnir & Chorny, 2010).

Na Alemanha, onde predomina o seguro social, buscaram-se nas últimas décadas a integração do sistema de saúde, recorrendo a redes, assistência integrada e gestão clínica para

doenças específicas, com fortalecimento do médico generalista na coordenação dos cuidados aos pacientes (Giovanella, 2011). No caso das doenças crônicas, tem-se recomendado o estabelecimento de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas e programas de gestão clínica – *disease management programs* (DMP). As redes de consultórios médicos e a definição do generalista como médico coordenador com função de *gatekeeper* possibilitam a criação de corredores por tipo de agravo, incluindo protocolos com estabelecimento de fluxos e critérios para referência a especialistas e hospitais. Desse modo, pretende-se assegurar a continuidade do cuidado, integrando a prevenção, recuperação e reabilitação ao longo do tempo. Esse formato se assemelha às linhas de cuidado discutidas anteriormente.

Analisando-se os atores, as motivações e os interesses dessas propostas, bem como os obstáculos identificados na situação brasileira, o ‘cuidado integrado’ e as redes regionalizadas requerem discussão transparente para fundamentar as melhores escolhas. Cabe chamar a atenção para o fato de que as linhas de cuidado estão associadas à implantação de redes de atenção, mas o Brasil não conta com experiências acumuladas e, conseqüentemente, ainda não há avaliação sistemática. Alguns estudos de caso indicam sérios obstáculos, tais como: peso do modelo médico hegemônico; desequilíbrio de poder entre componentes da rede; falta de responsabilização dos atores; descontinuidades administrativas; alta rotatividade de gestores por motivos político-partidários; subfinanciamento público; culturas organizacionais contrárias à integração (D’Ávila Viana & Lima, 2011). Propostas de redes regionalizadas e integradas de caráter prescritivo, sem considerar as situações concretas, têm menos chances de atingir os seus propósitos de mudança (Paim *et al.*, 2011; Silva, 2011).

O estabelecimento de diálogos entre profissionais de diferentes pontos da rede de atenção, articulado a um processo de educação permanente, permitiria ampliar a responsabilização e o vínculo em relação ao cuidado mediante protocolos assistenciais, gestão clínica e apoio à rede por meio de equipes de assessores técnicos. Embora protocolos, sistemas de informação, normas e fluxogramas sejam necessários, assumem grande importância as tecnologias ‘leves’, tais como vínculo, escuta qualificada, responsabilização e cooperação (Baduy *et al.*, 2011).

Com base nas reflexões desenvolvidas neste capítulo, é possível ressaltar algumas conclusões provisórias sobre **modelos de atenção**. Em vez de insistir em contrapor o modelo hospitalocêntrico ao modelo da atenção primária ou aos modelos da vigilância da saúde, das linhas de cuidado e da promoção da saúde, trata-se de aceitar o desafio de investigar qual é a combinação de tecnologias e abordagens mais adequada 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.

Modelos de atenção

São combinações de tecnologias estruturadas em função de problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde, 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.

168

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.

Ultimamente, prefere-se utilizar o conceito de 'modos tecnológicos de intervenção em saúde' (Paim, 2009; Arreaza & Moraes, 2010), em vez da expressão 'modelos de atenção à saúde', para evitar o entendimento de modelo como algo exemplar. Renova-se, nesse sentido, um permanente desafio:

Abrir-se à angustiante, mas criativa, situação da busca pelo desconhecido tecnológico é o princípio do diálogo possível entre a inovação e as culturas já consolidadas, de consumo, uso, técnicas e produção dos serviços, em que bem se acomodam profissionais e população (...). Mais que ousar propor é ousar dispor de aberturas tecnológicas em que as proposições políticas e técnicas venham a público para serem refletidas. (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996: 46)

Para refletir

Pessoas com doenças e agravos, como acidentes e violências, procuram os serviços de saúde expressando parte das necessidades de saúde revelada pela demanda espontânea. Outras pessoas podem ter problemas de saúde, sem a consciência deles, apesar de apresentarem um dano ou um risco de adoecimento. Nesse último caso, existem necessidades de saúde, embora não se expressem em demanda.

Procure discutir com seus colegas e tente responder e às seguintes questões:

- 1) Quais os modelos de atenção hegemônicos no sistema de saúde brasileiro? Quais as vantagens e desvantagens desses modelos?
- 2) Você poderia dar alguns exemplos de modelos de atenção que contemplassem necessidades de saúde que nem sempre se traduzem em demanda espontânea?
- 3) Se as necessidades de saúde não se restringirem às doenças, aos agravos, às carências e aos sofrimentos capazes de serem resolvidos pelos serviços de saúde, mas incluírem a qualidade de vida, que modelos de atenção em saúde podem ser adotados para produzir qualidade de vida?

LEITURAS RECOMENDADAS

- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUfba, 2008.
- GOULART, F. A. de A. *Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EdUFU, 2007.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.
- SILVA, G. A. P. da & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11): 2.463-2.475, 2008.

SITES DE INTERESSE

- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: www.cebes.org.br
 Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde: www.determinantes.fiocruz.br
 Conselho Nacional de Secretários de Saúde: www.conass.org.br
 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde: www.conasems.org.br
 Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/saude>

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. *Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, n. 97, out. 2006. (Edição especial do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12): 2.234-2.249, 2010.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2): 286-298, 2010.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11): 2.309-2.319, 2009.
- 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.
- ARREAZA, A. L. V. & MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto da vigilância da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.627-2.638, 2010.
- 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.
- BADIOU, A. *Sobre o Conceito de Modelo: introdução a uma epistemologia materialista das matemáticas*. Lisboa: Editorial Estampa, 1972.
- BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2): 295-304, 2011.
- BORGES, C. F. & BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2): 456-468, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/Sesus. *Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações do Ministério da Saúde. Informe Técnico-Institucional. *Revista de Saúde Pública*, 40(4): 743-747, 2006.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508/2011, 28 de junho de 2011. Brasília, 2011.
- BUNGE, M. *Teoría y Realidad*. Barcelona: Ariel, 1972.
- CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E. & NUNES, E. D. (Orgs.) *Planejamento sem Normas*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.
- COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUfba, 2008.
- D'ÁVILA VIANA, A. L. & LIMA, L. D. *Regionalização e Relações Interfederativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- DE SETA, M. H. & DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 3): 3.307-3.317, 2010.

- DESLANDES, S. F. & AYRES, J. R. de C. M. Editorial: humanização e cuidado em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 510-511, 2005.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- EDITORIAL. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 3-4, 2004.
- FERRI, S. M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23): 515-529, 2007.
- 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.
- FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização de linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1): 1.081-1.896, 2011.
- 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.
- GOULART, F. A. A. *Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EdUFU, 2007.
- 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*. Genebra: Organización Mundial de la Salud, Genebra, 1984. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_77_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_77_(part1)_spa.pdf)>. Acesso em: jun. 2012
- KUSCHNIR, R. & CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.307-2.316, 2010.
- LOPES, A. F. *et al.* Matriciamento: a representação social da Equipe de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 34(85): 211-218, 2010.
- MAIA, C.; GUILHEM, D. & LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4): 682-692, 2010.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.297-2.305, 2010.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde e Tecnologias: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: OPS, 1988. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 6.)
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992. (Cadernos Cefor – Textos, 1)
- 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. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINUZZI, A. Q. L. Experiência de implantação da clínica ampliada em Nova Ramada (RS). *Saúde em Debate*, 34(86): 515-522, 2010.
- MIRANDA, L. & ONOCKO-CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6): 1.153-1.162, 2010.
- NUNES, C. A. *A Integralidade da Atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município do interior da Bahia*, 2011. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

- O'DWYER, G.; REIS, D. C. S. & SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.351-3.360, 2010.
- 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.
- PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EdUfba, 2006.
- PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: Edufba, 2008.
- PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377: 1.778-1.797, May 21, 2011.
- PASCHE, D. F. & PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. *Saúde em Debate*, 34(86): 423-432, 2010.
- PENIDO, C. M. F. *et al.* Apoio matricial como tecnologia em saúde. *Saúde em Debate*, 34(86): 467-474, 2010.
- PEPE, V. L. E. *et al.* A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigilância sanitária no CNPq. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.341-3.350, 2010.
- QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental em Fortaleza, CE. *Saúde em Debate*, 34(84): 137-147, 2010.
- RABELLO, L. S. *Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3): 1.671-1.680, 2011.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: SMS, 2002.
- SCHRAIBER, L. B. (Org.) *Programação em Saúde Hoje*. 2. ed. revista e ampliada. São Paulo: Hucitec, 1993.
- 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.
- SERRA, C. G. & RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência do Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.579-3.586, 2010.
- SILVA, J. & CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais de atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6): 1.187-1.193, 2010.
- SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2.753-2.762, 2011.
- SILVA JUNIOR, A. G. da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, G.A.P. da & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11): 2.463-2.475, 2008.
- SOLLA, J. *Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- SOUZA, G. S. & COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.329-3.340, 2010.
- TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. P. *Modelos de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família*. Salvador: EdUfba, 2006.
- TESSER, C. D.; NETO, P. P. & CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.3): 3.615-3.624, 2010.

1691
491
ASB