

A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços

Carmen Fontes Teixeira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

TEIXEIRA, CF., and SOLLA, JP. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Saladeaula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

A mudança do modelo de atenção à saúde no sus:

desatando nós, criando laços

Carmen Fontes Teixeira

Introdução

A reflexão sobre a problemática do que hoje denominamos “modelos de atenção à saúde”, remonta aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e teve suas origens na análise crítica da prática médica e dos “movimentos ideológicos” de reforma que se apresentavam na conjuntura da época, especialmente a Medicina Preventiva (AROUCA, 1975) e a Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1976). Esses estudos abriram o caminho para a investigação dos determinantes do processo de trabalho em saúde (BRUNO GONÇALVES, 1979), de um lado, e das diversas modalidades de organização social das práticas de saúde no Brasil, especialmente a “Medicina Previdenciária” (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1979) as empresas médicas de “Medicina de Grupo” (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1984; CORDEIRO, 1984) e as experiências alternativas que começavam a ser desenvolvidas naquele

período, em vários locais, como Montes Claros (MG), Londrina (PR), Campinas (SP) e outros. Muita coisa aconteceu nos 28 anos que nos separam dos trabalhos pioneiros de Antonio Sérgio Arouca e de Maria Cecília Donnangelo, ponto de partida para uma reflexão teórica e política que contribuiu decisivamente para a construção dos alicerces conceituais do movimento pela RSB. Uma revisão crítica da produção acadêmica ao longo desse período, certamente indicará que a temática do processo de trabalho em saúde ou a produção social dos serviços, em suas distintas modalidades e formas de organização, foi sendo progressivamente deslocada do centro das atenções, em virtude da proeminência que passaram a ter questões de ordem jurídico-legal (em função do debate parlamentar sobre o direito à saúde e a legislação do SUS) e político-institucional, particularmente a problemática do financiamento e gestão do sistema público de saúde, o que reflete, inclusive, a dinâmica do processo político da RSB nos anos 80 e primeira metade dos anos 90.

Ainda assim, vários pesquisadores¹ vinculados à universidades e núcleos de pesquisa e cooperação técnica desenvolveram estudos e investigações sobre essa temática, acopladas no mais das vezes, ao desenvolvimento de experiências inovadoras de gestão e reorganização de serviços e de processos de trabalho em saúde. Nesse sentido, pode-se constatar uma diversificação de abordagens e propostas alternativas, diferenciadas em função dos contextos, dos fundamentos teórico-conceituais adotados e das estratégias de mudança das práticas pré-existentes nas unidades de saúde e nos sistemas locais que se constituíram em loci dessa experimentação e reflexão crítica. De fato, os últimos 15 anos foram pródigos na geração de experiências locais, distritais e municipais, que contemplaram a in-

rodução de inovações organizacionais e operacionais no sistema de serviços e nos processos de trabalho em saúde.

No período SUDS (87-89), em alguns Distritos Sanitários, dentre os que foram criados em todo o país, começou um processo de experimentação que buscava articular as contribuições de distintas disciplinas e de distintos movimentos ideológicos em torno da mudança das práticas de saúde. Ainda no final dos anos 80 e início dos anos 90, com as mudanças políticas verificadas em vários municípios, multiplicaram-se as experiências que buscavam introduzir alterações na organização dos serviços de saúde e nas relações entre a oferta, a demanda e as necessidades de saúde da população, com a incorporação de propostas elaboradas em conjunto com os grupos acadêmicos referidos, muitas vezes sob patrocínio de organizações internacionais como foi o caso da OPS e da Cooperação Italiana em Saúde (SILVA JR., 1998; MENDES, 1993; TEIXEIRA e MELO, 1995).

Paralelamente a esse processo desencadeado pelos gestores de sistemas municipais de saúde, notadamente a partir da implementação do PACS e do PSF, na segunda metade dos anos 90, centenas de experiências inovadoras na prestação de serviços vêm sendo desenvolvidas, seja no âmbito de uma unidade específica, ou mesmo no seio de uma equipe dos programas, introduzindo-se inovações no conteúdo das práticas – assistenciais, preventivas ou promocionais, e nas relações dos serviços com os diversos grupos da população nas áreas de abrangência dos programas.

O processo de construção do SUS vem se constituindo, portanto, em um imenso “laboratório”, por conta de uma complexa e intrincada rede de relações entre assessorias e consultorias prestadas por núcleos acadêmicos e organismos de cooperação

técnica, nacionais e internacionais. Isto contribuiu para a difusão e incorporação de propostas que vinham sendo elaboradas e testadas em espaços restritos, as quais puderam ser transladadas a outras realidades, gerando novas adaptações e desdobramentos. Observa-se, assim, um processo de “interfertilização” entre a experimentação prática no âmbito de sistemas estaduais e municipais de saúde e a reflexão teórico-crítica de diversos grupos acadêmicos. Mais recentemente, o Ministério da Saúde vem adotando propostas de reorganização dos serviços fundamentadas no debate internacional sobre o tema que “dialogam” com a reflexão nacional, gerando experiências inovadoras, criativas, que constituem, a meu ver, a base para o desenvolvimento de um modo de pensar e de agir em termos de mudança do modelo de organização das práticas de saúde que aponta para a possibilidade de construção de propostas e respostas coerentes com nossos problemas e nossas utopias.

Apesar disso, no âmbito do debate político, a questão dos modelos de atenção, mesmo que tenha aparecido como tema da 10^a. CNS e também na 11^a. foi obscurecida pelas discussões em torno do financiamento e da gestão do sistema. Isso, desde o período SUDS, passando pelo período Collor (ênfase na questão gerencial), no governo Itamar (quando se coloca com mais força a proposta de municipalização, implementada a partir daí através das NOBS) e mesmo no período FHC, quando, inicialmente o debate central girou em torno da questão do financiamento (CPMF e posteriormente a EC29) e da gestão (com a NOB 96 e a NOAS). Somente com a expansão da Saúde da Família a partir de 1998, esse tema passou a ter um pouco mais de visibilidade, tanto na mídia, em função do marketing político do governo quanto por conta das iniciativas desencadeadas pelas instâncias de coordenação central e esta-

dual dos programas, especialmente em eventos que evidenciaram os resultados alcançados em termos de cobertura populacional, número de equipes formadas e capacitadas, além dos efeitos verificados em alguns indicadores de saúde.

No momento atual, levando em conta o novo cenário governamental, especialmente no âmbito do Ministério da Saúde, é possível se pensar que o centro do debate político que vem se configurando no SUS, cujos desdobramentos se explicitarão na 12^a. CNS serão as propostas e estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde. De fato, pela primeira vez, nos últimos 15 anos, é possível que a problemática da mudança do modelo possa ser o eixo articulador do conjunto das políticas do MS, direcionando, especificamente, as opções em torno do Financiamento das ações e do Desenvolvimento de Recursos Humanos, sabidamente os dois “nós críticos” mais importantes do processo de reforma.

Nesse sentido, o objetivo do presente artigo é caracterizar as principais propostas de mudança no conteúdo e na forma de organização das práticas de saúde que vem sendo elaboradas nos últimos anos, tentando evidenciar suas diferenças e possíveis confluências tendo em vista a transformação do “modelo de atenção à saúde” em suas várias dimensões, política, tecnológica e organizacional. Em seguida, procuro discutir as possibilidades e os limites que se colocam no momento atual para o desenvolvimento desse processo, levando em conta as tendências e opções do governo federal com relação à política de saúde e as principais estratégias dirigidas à reorganização da atenção à saúde no SUS.

Mudança do “modelo de atenção” e transformação das práticas de saúde: elementos conceituais e estratégias de intervenção

Em um texto produzido para um Seminário sobre “Saúde e Desigualdade: instituições e políticas públicas no século XXI”, realizado na ENSP/FIOCRUZ, em novembro de 2001, tratei de sistematizar alguns elementos conceituais que podem fundamentar o debate sobre “modelo de atenção à saúde”, buscando explicitar, de um lado, a definição de “modelo assistencial” que toma como referencial a teoria do processo de trabalho em saúde, e do outro, a compreensão que se pode ter de “modelo de atenção” em uma perspectiva sistêmica. Como exemplo da primeira abordagem, resgatei a definição de modelo assistencial elaborada por Paim (1993, 1998, 1999) e tratei de descrever possíveis dimensões do “modelo de atenção” entendido como um dos componentes de um sistema de serviços de saúde. Reproduzo a seguir o trecho correspondente a essa sistematização tal como foi publicado na coletânea de artigos sobre o assunto, organizada por mim em 2002 (TEIXEIRA, 2002. p.110-113), considerando que essa dupla perspectiva nos ajudará, mais adiante, a compreender as semelhanças e diferenças, e os alcances e limites de cada uma das propostas alternativas que vem sendo colocadas em debate no momento atual.

“Modelos assistenciais, segundo Paim (1993, 1998, 1999) podem ser entendidos como “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo

de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde”. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” .

Além dessa concepção, fundamentada nos estudos sobre práticas de saúde, especialmente na identificação dos elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, pode-se conceber uma concepção “ampliada”, sistêmica, sobre “modelo de atenção”, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o (s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2002).

Nessa perspectiva “ampliada”, uma transformação do modelo de atenção, para ser concretizada, exige a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas, nas três dimensões. Mudanças parciais, entretanto, podem acontecer em cada uma das dimensões assinaladas, constituindo processos que podem facilitar transformações mais amplas. Assim, propostas de mudança no processo político-gerencial, com a introdução, por exem-

plo, de tecnologias de gestão que proporcionem a identificação de problemas e necessidades de saúde em uma perspectiva social e epidemiologicamente orientada, podem favorecer a ocorrência de mudanças nas práticas de saúde propriamente ditas, por induzir ao privilegiamento de ações voltadas à intervenção sobre os determinantes dos problemas e não apenas aos seus efeitos (TEIXEIRA, 2001). Na mesma linha, a introdução de mecanismos de controle e avaliação do processo de prestação de serviços, principalmente sobre a rede privada contratada e conveniada com o sistema público, é de fundamental importância para o estabelecimento de uma adequação entre a oferta e as necessidades e problemas de saúde da população, contribuindo para a correção dos efeitos mais perversos da lógica de mercado no setor (SOLLA *et al.*, 2000).

Do mesmo modo, a introdução de mudanças na dimensão organizativa, quer seja pela modificação nas proporções entre os diversos níveis de organização da produção dos serviços, quer seja pelo estabelecimento de relações hierárquicas entre unidades de produção de serviços nos níveis de complexidade (referência e contra-referência) tecnológica, ainda que sejam fundamentalmente estratégias de racionalização de custos, podem contribuir para a indução de práticas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde. Nessa perspectiva, colocam-se, por exemplo, as propostas de ampliação da “rede básica” de serviços de saúde, cuja expansão, em última instância pode alterar a proporção estabelecida entre “cuidados primários”, “secundários e terciários”, ou usando a terminologia da NOAS, entre a “rede básica” e a “atenção de média e alta complexidade”. Na mesma linha, as propostas dirigidas ao estabelecimento de um pacto de responsabilidades entre vários municípios, que podem vir a compor, em conjunto, uma

“microregião de saúde”, implicam, em última análise, na criação de possibilidades de acesso a uma gama variada de ações e serviços que, de outro modo, não poderiam ser garantidos à população, principalmente, aquela que habita os municípios menores, onde se constata mais insuficiências de infraestrutura do sistema.

Tudo isso é necessário, porém não suficiente para a transformação propriamente dita do modelo de atenção. Esta exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuários dos serviços.

Do ponto de vista das finalidades ou propósitos da atenção à saúde trata-se de superar o modelo centrado na atenção à “demanda espontânea”, de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços, sejam estes delimitados enquanto “área de abrangência” de unidades de saúde, seja, como prevê a NOAS², o espaço compreendido em um “módulo assistencial” e, principalmente, o espaço circunscrito de uma microregião de saúde.

A ênfase do processo de prestação de serviços se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, para “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais” o que implica tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a aten-

ção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (PAIM, 1994; TEIXEIRA, 1998).

A redefinição do objeto de trabalho exige a utilização de saberes e tecnologias consentâneas com a ampliação e diversificação do leque de ações e serviços, o que, por sua vez, se reflete na necessidade de mudança no perfil dos sujeitos do processo de trabalho, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador de saúde, quanto, principalmente, no perfil do “sujeito coletivo”. Entenda-se por “sujeito coletivo”, não apenas a equipe multiprofissional responsável pelas ações de saúde em cada território específico, como se coloca no âmbito da estratégia de Saúde da Família, em que pesem seus limites (CAMPOS, 2001; PAIM, 2001), senão que a população organizada em torno da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida, em um processo de “empoderamento” político e cultural.

A introdução de mudanças nas finalidades, no objeto e no sujeito do processo de trabalho em saúde incidem, em seu conjunto, sobre as relações estabelecidas entre os sujeitos e os saberes e tecnologias que utilizam para a apreensão do(s) objeto(s), entre os sujeitos, profissionais e trabalhadores de saúde, e a população usuária do sistema de serviços. Cabe ressaltar que, que estas relações sociais tem uma dimensão técnica, mas também uma dimensão ética, política e cultural, que circunscreve a primeira, embora na maioria das vezes sua relevância escape à percepção dos sujeitos envolvidos, até pela hipervalorização da dimensão tecnológica nas práticas de saúde no mundo contemporâneo”.

Como se pode perceber pelo exposto acima, o processo de mudança do modelo de atenção à saúde é extremamente complexo, exigindo um conjunto heterogêneo de iniciativas “macro” sistêmicas, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível “micro”. Ou seja, penso que é preciso conjugar mudanças nas “regras básicas” do sistema, com o desencadeamento de processos político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais propriamente ditas, isto é, no âmbito das práticas de saúde, tanto em termos de mudança no conteúdo das práticas de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta, para usar a terminologia corrente no SUS) e também na forma de organização das unidades em redes assistenciais que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos e, ao mesmo tempo busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população.

Propostas de mudança do modelo de atenção: diferenças e confluências

Uma primeira observação a ser feita com relação ao conjunto de propostas de mudança no modelo de atenção à saúde que vem sendo implementadas e analisadas no âmbito do SUS³, é que nenhuma delas dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde, desde

quando cada uma delas enfoca aspectos parciais desse processo, qual seja o desenho do sistema ao nível macro-organizacional, ou a mudança do processo de trabalho em saúde, ao nível das “micro-práticas”, tanto em termos de conteúdo quanto em termos de forma de organização das relações entre os agentes das práticas e destes com os usuários.

Uma análise mais detalhada das diferenças, e eventuais confluências ou divergências, entre as propostas sugere como determinantes das diferenças seu contexto de origem, os fundamentos filosóficos e teóricos que embasam cada uma delas, o conteúdo mesmo das propostas apresentadas e o grau de permeabilidade, de diálogo, entre elas na prática, isto é, a possibilidade de conjugação e articulação das propostas em situações concretas no âmbito do SUS, principalmente ao nível local (micro-regional, municipal e/ou distrital). Para tornar claro essas diferenças e analisar suas possíveis confluências, trataremos de descrever sucintamente cada uma das propostas, seguindo uma lógica de exposição, que inicia com as que privilegiam o nível “micro” dos processos de trabalho em saúde, como é o caso do “modelo em defesa da vida” e as “ações programáticas”, avançando paulatinamente para as propostas que buscam dar conta de mudanças ao nível “macro”, de formulação e implementação de políticas, que extrapolam, inclusive, os limites do sistema de serviços de saúde, como é o caso da Promoção da Saúde e a proposta de Cidades Saudáveis. Entre estas situamos as propostas da Vigilância da Saúde e a Saúde da Família, que enfatizam aspectos técnicos e organizacionais do conjunto das práticas de saúde, tendo como referência a noção de integralidade da atenção.

Construindo um modelo “em defesa da vida”: acolhimento, vínculo, contrato

O conjunto de propostas que constituem o chamado “modelo técnico-assistencial em defesa da vida”, tem sua origem nos estudos e reflexões sobre a prática de gestão e consultorias institucionais desenvolvidas por docentes e pesquisadores do LAPA-UNICAMP ao longo, principalmente, da década de 90. Uma leitura crítica de alguns dos textos que sistematizam as propostas dessa corrente (CAMPOS, 1994; 1996; MERHRY, 1994; 1997; CECÍLIO, 1994) ainda que preliminar, revela que, guardadas as diferenças entre os principais autores, o fundamento filosófico e conceitual comum foi construído a partir da apropriação crítica de contribuições teóricas provindas do marxismo, do existencialismo, da psicanálise e da análise institucional, sendo central nessa corrente de pensamento, as idéias de autores contemporâneos pós-estruturalistas, como Felix Guattari e Cornelius Castoriadis.

O objeto central da análise empreendida por esses autores é o processo de trabalho em saúde e seu propósito, intelectual e político, indica o desejo de criar metodologias e instrumentos de gestão e organização do trabalho coletivo que desencadeiem uma “revolução molecular” no âmbito das instituições de saúde e resulte no estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades. Com isso, estamos diante de uma perspectiva de transformação radical das pessoas e das práticas, que busca criar processos “instituintes”, subvertendo modelos “instituídos”, entre os quais, não só os modelos de organização social da prática médica e sanitária hegemônica, senão também as propostas alternativas fundadas nas idéias de

descentralização, regionalização e hierarquização de unidades de prestação de serviços, tornadas supérfluas pelo estabelecimento de processos que privilegiam o “acolhimento”, os “vínculos”, o “contrato” e a “autonomia” dos sujeitos – trabalhadores e usuários – na organização do “cuidado progressivo à saúde”.

Na prática, a incorporação dessas propostas tem gerado experiências bem interessantes, que trazem à tona a problematização da chamada “(des)humanização” do atendimento, em função da tecnificação do cuidado à saúde e também permitem o enfrentamento de questões derivadas do processo de medicalização a que a população vem sendo exposta nos últimos 40 anos. Ou seja, problematiza a visão que a população usuária tem do sistema de saúde e da prática médica, tendendo a valorizar a especialização, a sofisticação tecnológica, o consumo de medicamentos e, até por associação, a prática privada.

Desse modo, a organização de práticas de “acolhimento” à clientela dos serviços públicos de saúde, e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na “porta de entrada” da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção ao 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 (MERHY, 1994). Além de contribuir para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação da atenção à demanda espontânea que pode ter efeitos significativos na racionalização dos recursos, no perfil ocupacional dos profissionais e nas relações destes com os usuários e até no estabelecimento de processos de mudança nas concepções da população acerca das suas necessidades de saúde e do lugar ocupado pelo consumo de serviços de saúde na melhoria do seu bem-estar (CECÍLIO, 1994; MERHY, 1997).

O “ponto cego”, isto é, a lacuna principal desse “modelo”, a meu ver, é a ausência de propostas com relação ao desenho macroorganizacional do sistema, coisa aliás, que extrapola o universo teórico-conceitual e a perspectiva político-filosófica dos autores. Talvez nem se possa considerar isto como sendo uma lacuna, na medida e que os proponentes desse ‘modelo’ não colocam esse ponto como necessário em seu referencial, pelo contrário, ao trabalharem no plano dos “micropoderes”, estes autores descartam a necessidade de se definir uma “imagem-objetivo” do sistema de saúde, políticas e diretrizes, regras e normas gerais, sob responsabilidade do Estado fazendo-nos crer que as que existem devem ser, inclusive, subvertidas, tendo em vista que o que se pretende é revolucionar o cotidiano dos serviços de saúde e transformar as pessoas.

Redefinindo o modo de organização tecnológica do trabalho em saúde: ações programáticas e uma nova ética do cuidado

As propostas do grupo de docentes e pesquisadores, organizado em torno do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa, sob responsabilidade do DMP-USP, têm sido identificadas, em vários textos, sob o rótulo de “ações programáticas em saúde”, na medida em que tomam, como ponto de partida, uma reflexão sobre a programação enquanto uma tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho. Tendo como ponto de partida uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde com forte viés do marxismo estruturalista (BRUNO-GONÇALVES, 1979), essa corrente avançou para a incorporação do enfoque epidemiológico, em uma perspectiva crítica (AYRES, 1995) e che-

gou, mais recentemente, a problematizar a dimensão ética do cuidado à saúde a partir de filósofos da modernidade como Heidegger, Habermas e Ricoeur (AYRES, 2001).

Do ponto de vista prático, esta corrente de pensamento propõe a delimitação dos objetos de intervenção no âmbito dos serviços como sendo as “necessidades sociais de saúde” definidas em função de critérios demográficos, sócio-econômicos e culturais, o que promove o estabelecimento de recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas (BRUNO-GONÇALVES, 1990; SCHRAIBER, 1990, 1993, 1995, 1996). Como apontei em outro trabalho (TEIXEIRA, 2000) essa proposta constitui uma alternativa à implementação dos chamados “programas especiais” definidos centralmente como “pacotes tecnológicos” a serem incorporados aos serviços. As ações previstas nos programas verticais derivam do conhecimento científico-técnico disponível para intervenção sobre os problemas, constituindo normas técnicas a serem seguidas universalmente. Estes programas têm sido implantados como “programas verticais”, normativos, sem que o processo de operacionalização (ou não) leve em conta as características específicas das populações dos distintos territórios e as condições concretas de vida, que condicionam o modo de expressão dos problemas de saúde e doença. A experiência desenvolvida pelo grupo da USP, entretanto, aponta possibilidades de redefinição das práticas, tanto em termos do conteúdo das ações quanto na mudança das relações de trabalho e nas relações dos trabalhadores de saúde e os usuários, resgatando, inclusive, a problematização da dimensão ético-pedagógica do cuidado à saúde.

A incorporação das idéias e propostas desse grupo à prática gerencial no âmbito o SUS tem sido uma fonte de inspiração para o aperfeiçoamento tecnológico e organizacional de pro-

cessos de programação que tem como horizonte a busca de superação do viés economicista da Programação Pactuada Integrada – PPI e a institucionalização da programação como um espaço de construção coletiva do projeto de trabalho das equipes de saúde. Cabe lembrar que a PPI tem sido basicamente um instrumento de racionalização da oferta de serviços pelas unidades de saúde, não problematizando o conteúdo das práticas que são realizadas nem a sua adequação às necessidades e problemas de saúde da população dos municípios. O diálogo com as propostas das “ações programáticas”, entretanto, pode ser extremamente fértil na perspectiva de estimular os profissionais e trabalhadores de saúde a buscarem aperfeiçoar continuamente suas práticas à luz do desenvolvimento científico e tecnológico disponível, bem como pode evidenciar a possibilidade de se experimentar formas alternativas de organização do cuidado mais consentâneas com as características sócio-culturais dos usuários dos serviços.

Comparando a contribuição dessa corrente com a anterior, podemos perceber que têm em comum o foco na reorientação do processo de trabalho em saúde, sendo que o “modelo em defesa da vida” privilegia os processos intersubjetivos de natureza psicológica e política, trabalhando as vinculações entre “desejo” e “vontade”, no estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, enquanto que a corrente das “ações programáticas”, enfatiza o aperfeiçoamento das práticas pela incorporação crítica dos saberes, conhecimentos e tecnologias disponíveis para a delimitação de objetos de intervenção referidos às necessidades de grupos populacionais específicos – mulheres, adolescentes, idosos, etc. ou problemas específicos que se apresentam na prática clínica, relançando-os no espaço social mais amplo das determinações sociais e políticas.

Em ambas correntes de pensamento permanece a lacuna relativa ao desenho macro-organizacional do sistema de serviços de saúde, no caso específico da contribuição do grupo da USP, também por não se constituir em objeto de eleição para a pesquisa e elaboração de propostas. Chama atenção também, que apesar de tomar como espaço de intervenção as unidades de saúde, no caso, uma unidade básica, o grupo da USP não tematiza necessariamente o território, e conseqüentemente, não trabalha com a idéia de ações territoriais de prevenção de riscos e agravos. Quer dizer, apesar da ênfase na utilização do enfoque epidemiológico, parece que a Epidemiologia ingressa na prática dos serviços para “iluminar” a clínica, ainda que seu conteúdo remeta à problematização dos determinantes sociais do processo saúde-doença nos grupos populacionais específicos sobre os quais e com os quais se organiza o cuidado.

Articulando o conjunto de objetos e estratégias de intervenção no âmbito das práticas: vigilância da saúde e a busca de integralidade da atenção

A proposta conhecida como Vigilância da Saúde tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos sanitários implantados no final dos anos 80 e início dos anos 90, por iniciativa de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contando com apoio da Organização Panamericana de Saúde e da Cooperação Italiana em Saúde. A base conceitual originária dos DS (SILOS), resultava de uma atualização da proposta de regionalização dos serviços de saúde elaborada por Dawson, nos anos 20, na Inglaterra, matriz da macro-organização do NHS e também do sistema de saúde italiano, ambos

fontes inspiradoras de propostas elaboradas pela vertente “político-institucional” do movimento pela RSB, representada, de certa forma, pela presença de Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS no período SUDS.

Além do enfoque sistêmico, que fundamentava a noção de SILOS, a implantação dos DS no contexto brasileiro absorveu rapidamente as propostas do planejamento estratégico-situacional, do Carlos Matus (1993) e também se alimentou da reflexão que vinha sendo desenvolvida por epidemiologistas como Pedro Luis Castellanos (1991;1997), acerca da análise de situações de saúde. Além disso, incorporou, no mesmo movimento, as contribuições da “nova geografia” do Milton Santos, como referencial para a delimitação dos territórios (no plural) circunscritos pelo DS, quais sejam, os territórios administrativo, sanitário e epidemiológico, não necessariamente coincidentes e sim recortados e superpostos como um mosaico que permite a identificação de problemas e necessidades de saúde e das possibilidades de oferta de serviços e de intervenções sobre condições de vida da população.

A noção de Vigilância da Saúde (VISAU) surgiu, nesse contexto, como forma específica de denominação da proposta de integração das práticas de saúde no território do DS, a partir de uma releitura crítica e atualização histórico-concreta, do diagrama proposto originalmente por Leavell & Clarck, a propósito dos “níveis de prevenção” que atravessam a História Natural das Doenças (HND) (LEAVELL e CLARCK, 1987; AROUCA, 1975; PAIM, 1994; TEIXEIRA, 2000). A partir dessa concepção renovada do modelo da HND, a VISAU incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde tal como se apresentam ou podem vir a se apresentar em uma situação

específica como a brasileira. Prevê, assim, a possibilidade de formulação e implementação de “políticas públicas saudáveis”, conjunto de ações governamentais (intersectoriais) e não governamentais voltadas à melhoria das condições de vida das populações, e a reorganização das ações sob responsabilidade direta do sistema de serviços de saúde, sejam as ações de “vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica”, dirigidas ao controle de riscos e danos, sejam as práticas de “assistência e reabilitação” dirigidas ao atendimento de necessidades e demandas de indivíduos e grupos populacionais.

A operacionalização da proposta de VISAU implica, pelo exposto, a valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados simultaneamente à delimitação de diversas “áreas” (de abrangência/influência dos serviços, de acordo com sua capacidade operacional) e, além disso, a incorporação da idéia de “mapas de risco”, que fundamenta a delimitação de “microáreas” (definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população). A incorporação da noção de “problemas de saúde” no processo de planejamento e programação das ações, por sua vez, permite a valorização de uma visão policêntrica e democrática na definição dos objetos de intervenção, sem se perder de vista, porém, a racionalidade técnica que orienta a identificação de necessidades sociais de saúde e a problematização da demanda aos serviços para além da perspectiva clínica predominante entre os profissionais de saúde.

Como se pode perceber, a proposta de VISAU pretende dar conta do princípio da integralidade, pensado tanto em uma perspectiva “vertical”, de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, quanto “horizontal”, no que diz respeito à articulação entre ações de promoção da saúde

de, prevenção de riscos, assistência e recuperação. Na prática, todavia, essas propostas tendem a ser flexibilizadas, de modo a se superar a idéia de uma estrutura “piramidal” de serviços, através da constituição de redes articuladas em função do atendimento de problemas e necessidades prioritárias, bem como permite uma plasticidade na composição do perfil de oferta de ações promocionais, preventivas e assistenciais, novamente tendo em vista a adequação dos serviços aos problemas e necessidades da população.

Talvez até por seu caráter abrangente, a Vigilância da saúde não avança com propostas específicas de mudança na organização do processo de trabalho e saúde, tendo estabelecido, inclusive, um diálogo com a corrente das “ações programáticas”, dada a confluência de muitos dos seus pressupostos teóricos e políticos. Por outro lado, também tem se aproximado do debate sobre Promoção da Saúde, visando ampliar o escopo da reflexão sobre políticas e estratégias de ação intersetorial voltadas à melhoria das condições de vida. Simultaneamente, esta noção passou a ser usada como referência no âmbito da “estratégia de Saúde da Família”, introduzida por consultores do PACS/PSF que buscavam um termo suficientemente abrangente que dê conta da busca de integralidade perseguida pela coordenação nacional e por algumas coordenações estaduais e municipais desses Programas.

“Revertendo” o modelo de atenção através da expansão e qualificação da atenção básica: a saúde da família e a regionalização da atenção

As origens da proposta de Saúde da Família remontam ao surgimento e difusão do movimento de Medicina Familiar (Paim, 2003a) estruturado em meados dos anos 60 nos EUA com a finalidade de introduzir reformas no processo de ensino médico. Difundido a vários países da América Latina nas décadas seguintes, este movimento se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil onde emergiu enquanto proposta de formação pós-graduada em “Medicina Geral e Comunitária”, vindo posteriormente a ser absorvido como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde. A trajetória institucional dessa proposta ilustra claramente um processo de “refuncionalização” de suas concepções e práticas, na medida em que, partindo de uma concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, a partir da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família), estas propostas foram paulatinamente associadas aos princípios da Medicina Comunitária e incorporaram princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e planejamento em saúde. De fato, uma análise da concepção brasileira da Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento

e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Primária, ou como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica (MS, 1998; 2000).

O mais interessante e, sem dúvida, mais relevante, politicamente, é que a Saúde da Família, formulada enquanto um programa “vertical” a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 90, foi reapropriada e redefinida, por um conjunto heterogêneo de atores políticos, ao nível estadual e posteriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala. Com isso, a partir de 1994 e, principalmente no período 1998-2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Mais que isso, a Saúde da Família, vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjuga com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle.

A pertinência dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF implantadas em todo o país (aproximadamente 20 mil), ainda que não se possa afirmar que, no

conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Nesse sentido, ainda que a Saúde da Família tenha como “imagem-objetivo” a integralidade das ações, o que tem gerado, inclusive, um diálogo e “interfertilização” com as propostas da Vigilância da Saúde (CAMPOS, 2003) ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar, na prática das equipes, uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas com controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Do mesmo modo, a pertinência dessa estratégia enquanto indutora de mudanças na organização do sistema de serviços de saúde como um todo, vem sendo testada e comprovada em diversas experiências municipais, cuja institucionalização, evidentemente, depende da existência ou criação de condições de permanência e reprodução do modelo, o que extrapola, às vezes, a capacidade dos governos municipais. Daí que se coloca a necessidade de articulação do processo de implementação da Saúde da Família com a Regionalização da Assistência, desencadeada no período 2001-2002 através do debate e implantação da NOAS. De fato, a possibilidade de se avançar na “microregionalização cooperativa”, forma de superação da chamada “municipalização autárquica” (MENDES, 2001), que marcou o processo de descentralização da gestão do SUS nos últimos 10 anos, além de servir como um “choque de realidade”, diante dos enormes vazios sanitários que se observa em vastos territórios de diversos estados do país, traz embutida uma preocupação com economia de escala na implantação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como de serviços de atenção hospitalar em

áreas prioritárias, sabidamente o “ralo” por onde escoam montantes significativos dos recursos financeiros do SUS.

Pelo exposto percebe-se os avanços, mas também as lacunas da proposta de Saúde da Família, as quais, na prática concreta dos serviços, podem vir a ser superadas pelo diálogo e incorporação crítica de outras propostas que contemplam a redefinição do conteúdo das ações, como, por exemplo, a Vigilância da Saúde, orientando a ampliação dos objetos de intervenção nos territórios a partir da descentralização das “vigilâncias” – ambiental, sanitária e epidemiológica, e, mais que isso, a incorporação das idéias e propostas do movimento em torno da Promoção da Saúde, que extrapola as ações de “educação e mobilização popular” e incorporam o desencadeamento de ações intersetoriais nos territórios de abrangência das ações das equipes. Do ponto de vista da vinculação sistêmica com outros níveis de atenção, a articulação com a proposta de microregionalização da assistência pode contribuir para superar uma limitação de origem, isto é, o fato da Saúde da Família estar voltada fundamentalmente para a reorganização da atenção básica. Além disso, o processo de expansão da Saúde da Família para grandes municípios tem evidenciado novas lacunas e desafios para o aperfeiçoamento dessa estratégia, os quais abordaremos no último item desse trabalho.

Reorientando a política de saúde com base na promoção da saúde: das políticas públicas saudáveis à recriação do espaço público nas cidades

A concepção atualmente difundida de Promoção da Saúde, surge e se desenvolve, como assinala Buss (2003) nos últimos 20 anos, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa ocidental, sendo um marco da importância a Conferência de Ottawa (1986), na qual se apresentou a Promoção da Saúde como um “enfoque” político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. De fato, a proposta atual de Promoção da Saúde dá novo significado ao termo cunhado por Sigerist (1946) para designar uma das funções da medicina, ultrapassando em muito a idéia embutida no “nível de prevenção primária” definido por Leavell & Clarck (1987), estando associado a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria referindo-se a uma “combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a propostas de “responsabilização múltipla seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos” (BUSS, 2003, p.16).

Do ponto de vista conceitual, a Promoção da Saúde tem aberto espaço à reflexão sobre o conceito de saúde (ALMEIDA FILHO e ANDRADE, 2003), e a problematização das diferenças e semelhanças entre as estratégias de prevenção e promoção (CZERESNIA, 2003), estimulando epidemiólogos e cientistas sociais que atuam no campo da Saúde Pública/Coletiva,

a aprofundarem a discussão em torno do conceito de risco (CAPONI, 2003), vulnerabilidade (AYRES *et al*, 2003) e suas implicações para as práticas de saúde no mundo contemporâneo (CASTIEL, 2003), o que tem como um dos desdobramentos a atualização da reflexão sobre a proposta de Vigilância da Saúde (FREITAS, 2003; PAIM, 2003b).

A difusão das idéias que constituem o corpo doutrinário da Promoção da Saúde tem gerado a incorporação de muitas de suas propostas no processo de formulação de políticas e programas de saúde, como é o caso do Programa de Controle do Tabagismo e do Programa de Controle da AIDS, ao lado de diversas iniciativas em torno da definição de estratégias para a Promoção da Paz e do controle da Violência, em várias cidades brasileiras (TEIXEIRA e PAIM, 2000) e da formulação de políticas públicas saudáveis que levem em conta a possibilidade de articulação de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida de grupos populacionais expostos a riscos diferenciados (VIANA, 1998; JUNQUEIRA, 2000).

Uma das formas de difusão e incorporação das propostas do movimento da Promoção da Saúde no Brasil tem sido a criação de “cidades saudáveis”, iniciativa fomentada pela Organização Mundial da Saúde e incorporada por várias administrações municipais nos últimos anos (Campinas, Curitiba, Fortaleza, e outras) (AKERMAN, 1997; JUNQUEIRA, 1997, 1998; RIBEIRO, 1997). A noção de “cidades saudáveis” implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vin-

culados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (WESTPHAL, 1997; MALIK, 1997; KEINERT, 1997; FERRAZ, 1999; RADIS, 2000). Como assinalei em outro lugar, sua incorporação ao referencial adotado pelas administrações municipais pode contribuir para a concretização de processos de descentralização, intersetorialidade e, principalmente, para a ampliação do leque de ações sociais voltados ao atendimento de necessidades de saúde da população, gerando experiências inovadoras de articulação intersetorial para o enfrentamento de problemas cujos determinantes extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2000).

A difusão e multiplicação de propostas políticas derivadas do movimento pela Promoção da Saúde, incluído recentemente na Agenda política de entidades representativas das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo próprio Ministério da Saúde, que em 1998 chegou a criar um projeto de Promoção da Saúde sob responsabilidade da então Secretaria de Políticas de Saúde (MS, 2002), sem dúvida, constitui uma importante inovação conceitual e político-ideológica na área de formulação de políticas sociais, porém, não dá conta, evidentemente, do encaminhamento dos problemas específicos da organização do “modelo de atenção à saúde”. Sua inclusão nesse debate, a meu ver, se justifica, porém, pela renovação de perspectivas e pela abertura de um diálogo que tende a extrapolar o espaço de governabilidade das instituições gestoras do sistema de saúde e aponta, seja no nível federal, estadual ou municipal, para a possibilidade de reorientação de práticas que incidam sobre as condições e modos de vida da população, produzindo efeitos diretos e indiretos sobre o perfil de necessidades e demandas que venham a se apresentar ao sistema de serviços no futuro. Nesse sentido, a análise dos processos de

transição demográfica e epidemiológica, os novos “mapas de risco” e as estratégias de promoção e prevenção a serem adotadas nesses cenários, é parte da reflexão sobre as tendências e perspectivas das políticas e práticas de saúde no âmbito do SUS (BARRETO, 2002; PAIM, 2003c; TEIXEIRA, 2003).

Problemas e desafios no momento atual: desatando nós e criando laços

Vistas, em suas linhas gerais, as semelhanças e diferenças, confluências e divergências entre as diversas propostas de mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, cabe retomar a análise do contexto atual para que se possa identificar tendências e desafios colocados ao desenvolvimento desse processo. Pelo exposto anteriormente, podemos considerar que um dos “nós críticos” a serem desatados no momento atual, diz respeito à compreensão dos limites e possibilidades de cada uma das propostas em debate e experimentação, para que se possa, inclusive, conjugar elementos conceituais, metodológicos e operacionais de cada uma delas, na medida e que não apresentem incoerências e incompatibilidades entre si.

Nesse contexto, além das insuficiências e lacunas conceituais e metodológicas das diversas propostas de mudança do modelo de atenção, nos enfrentamos com a possibilidade de que as diferenças entre as propostas sejam assumidas como diferenças de projetos políticos das diversas forças envolvidas na formulação das estratégias de intervenção sobre o processo de reforma. Daí que é fundamental que se avance, durante os debates a serem realizados na 12ª. Conferência Nacional de Saúde, na construção de um consenso acerca de qual é o “SUS

que queremos”, ainda que para isso, tenha que se superar resistência de ordem filosófica até mesmo com relação uma definição de uma “Imagem-objetivo”.

A partir daí será mais fácil, creio eu, avançar na definição das políticas e estratégias de mudança do modelo, potencializando o que já vem ocorrendo em grande número de municípios que, através de consultorias ou pelo acesso à literatura da área, tratam de incorporar inovações na organização dos serviços e nas práticas de saúde que, muitas vezes, provém de correntes de pensamento diferentes. Como já defendi em outro trabalho (TEIXEIRA, 2000), penso que nenhuma das propostas sozinha dá conta do processo de mudança do modelo de atenção à saúde em todas as suas dimensões, daí que defendo a necessidade de se buscar reconstruir a organização dos serviços e se redefinir o conteúdo das práticas, a partir da situação concreta de cada local, seja um distrito, um município ou uma microregião de saúde, levando em conta a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde em cada região e estado. Com isso, é possível admitir que não deve se estabelecer um “modelo padrão” a ser reproduzido em todos os locais, senão que, como já vem ocorrendo, deve se definir princípios e diretrizes que possam ser adaptados às diversas realidades, constituindo variantes de um modelo que tenha como eixo central, a busca de universalização, integralidade e equidade na prestação de serviços.

Considerando que a questão da integralidade pode ser tomada como o eixo central para a formulação de políticas e implementação de estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde (PINHEIRO e MATTOS, 2001; 2003), cabe avançar na análise dos problemas e desafios que se colocam, no momento atual para a efetiva construção de um “modelo de

atenção que tenha a integralidade do cuidado como atributo central. Nesse sentido, cabe, em primeiro lugar, registrar que a noção de “integralidade” remete a uma dupla dimensão, a primeira relativa à integralidade do sistema de serviços de saúde (e à construção dos chamados “sistemas integrados”, conforme analisado por Mendes, 2001) e a segunda à integralidade das práticas de saúde (e à articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos) em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços.

O processo de construção da Integralidade na dupla perspectiva (sistema e práticas) enfrenta hoje no âmbito do SUS um conjunto de desafios que podem ser classificados de “estruturais” e “conjunturais”. Do ponto de vista “estrutural”, o principal problema deriva exatamente do fato das práticas de saúde em nosso meio terem sido estruturadas segundo determinações econômicas e político-ideológicas que continuam, ainda hoje a vigorar. Isto é, a reprodução do “modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista” não ocorre por simples inércia ou somente pela vontade política dos sujeitos que ocupam os vértices do triângulo constituído pelo Estado, multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos e empresariado nacional e multinacional da área da saúde. A própria existência desse triângulo revela as fortes determinações econômicas envolvidas na reprodução do modelo, determinações essas que só se alteram no longo prazo, por força da acumulação de fatos e processos que venham a condicionar uma nova dinâmica de reprodução, induzida pelo fortalecimento do papel do Estado como regulador, isto é, como sujeito responsável pela implementação de um projeto político de mudança da lógica de organização e funcionamento do sistema

que subverta as pressões mercadológicas em nome dos interesses sociais (e epidemiológicos) da população.

Do ponto de vista “conjuntural”, as opções adotadas pelos gestores do sistema (ao nível federal, estadual e municipal) no momento atual, conformam um mosaico extremamente complexo no qual se evidenciam elementos favoráveis e elementos desfavoráveis à manutenção ou transformação do modelo, que incidem, portanto, na construção da integralidade do cuidado e na acumulação de fatos e processos que podem vir a contribuir para a “reversão” efetiva do modelo médico-assistencial hegemônico.

Como elementos favoráveis podemos elencar:

a) a ênfase na implementação e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde através da expansão e qualificação da Saúde da Família, com incorporação das chamadas “ações programáticas estratégicas” (MS);

b) a possibilidade de se implementar a proposta de regionalização da atenção à saúde (NOAS), sob responsabilidade dos gestores estaduais (SES);

c) o interesse em se avançar na implantação de ações intersetoriais de Promoção da Saúde, principalmente, ao nível municipal (bandeira do CONASEMS);

d) a reorientação da formação profissional em saúde (Novas Diretrizes Curriculares) e a implementação dos Pólos de Educação Permanente (SEGETES) desde quando não enfraqueçam e sim potencializem a experiência acumulada com a formação e capacitação das equipes de Saúde da Família;

Como elementos desfavoráveis, destacamos:

- a) a provável redução do volume de recursos financeiros para a saúde, diante das restrições derivadas da política econômica adotada pelo atual governo;
- b) a pressão do empresariado médico-hospitalar pela manutenção do fluxo de recursos financeiros para os serviços de média e alta complexidade;
- c) a resistência de algumas Secretarias Estaduais de Saúde em avançar com o processo de microregionalização da atenção à saúde acatando, apenas, uma perspectiva limitada de expansão da Atenção Básica (focalização);
- d) a baixa capacidade gerencial e operacional de um número significativo de secretarias municipais de saúde;

Como se pode perceber, os “nós críticos” essenciais a serem desatados, na prática político-institucional, dizem respeito ao Financiamento e ao desenvolvimento de pessoal, através das ações de formação, capacitação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde. De fato, as opções em termos dos critérios de distribuição e utilização de recursos financeiros pelos diversos níveis de gestão do sistema e pelos diversos níveis de organização dos serviços, podem atuar como constrangimentos ou mecanismos indutores de mudanças no modelo de atenção. Do mesmo modo, as políticas de formação e capacitação de pessoal podem contribuir ou restringir as possibilidades de mudança das práticas de saúde, daí sua importância crucial nessa conjuntura.

A análise da direcionalidade da política de financiamento e de educação permanente dos profissionais de saúde, portanto, é imprescindível para a compreensão dos rumos que tomará o processo de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Mais que isso, entretanto, a possibilidade de se incidir nessa

direcionalidade, tendo em vista o fortalecimento de um processo de mudança que conduza efetivamente à universalização e integralidade da atenção, exige a construção de alianças estratégicas entre os gestores do SUS interessados nesse processo, os profissionais de saúde e a população usuária.

Nesse sentido, algumas questões merecem um aprofundamento, como, por exemplo, a proposta de expansão da estratégia de Saúde da Família aos municípios de mais de 100 mil habitantes. Cabe problematizar a pertinência de se implementar essa estratégia da mesma forma como vem sendo implementada nos pequenos e médios municípios, por duas simples razões: a) nos grandes centros, a Saúde da Família passa a competir, de fato, com o modelo médico-assistencial hegemônico, enfrentando a resistência de vários atores implicados na reprodução desse modelo, inclusive os profissionais de saúde; b) por isso mesmo, a Saúde da Família, tal como vem sendo implementada, encontra resistência na própria população usuária, habituada a consumir serviços especializados, mesmo ao nível da atenção básica. Por conta disso, há que se pensar na flexibilização da proposta, de forma a não se perder de vista a possibilidade de legitimá-la junto à população, ator central na construção da viabilidade da mudança do modelo.

Na mesma linha, há que se ter bastante cuidado com a implementação das propostas de desenvolvimento de pessoal de saúde, seguramente o aspecto mais delicado na sustentação do processo de mudança das práticas. A experiência acumulada pelos Pólos de Capacitação em Saúde da Família revela que os profissionais de saúde, até mesmo os médicos, podem vir a se constituir em potentes aliados do processo, desde quando sejam contemplados interesses econômico-financeiros e técnico-científicos, para além do compromisso político e ético que

pode vir a ser construído coletivamente no âmbito do processo de formação e educação permanente.

Enfim, para concluir, quero relembrar a observação precisa da professora Maria Cecília Donnangelo, em 1979, chamando a atenção para que a reforma “se fará com a população ou não se fará”, a lembrar-nos que o sentido maior de todo o esforço desencadeado no âmbito jurídico-normativo, político-institucional e principalmente, na “ponta do sistema”, para a mudança na organização e no conteúdo das práticas de saúde, é a escuta e a resposta aos problemas e necessidades sociais de saúde da população, e que é através desse processo que podemos contribuir para a redução das desigualdades, para a melhoria das condições de vida e o alcance de um patamar digno de saúde e bem-estar coletivos.

Notas

¹ Cabe destacar as contribuições dos integrantes do LAPA – UNICAMP, os docentes do DMP-USP e o grupo do ISC-UFBA, que desenvolveram, respectivamente, um conjunto de propostas identificadas como “modelo tecno-assistencial em defesa da vida”, “ações programáticas de saúde” e “vigilância da saúde”.

² Norma Operacional de Assistência da Saúde, que prevê a implementação de um processo de regionalização dos serviços, que contempla a constituição de “módulos assistenciais” e “microregiões de saúde”. (MS, 2002).

³ Não estamos tratando aqui de outras propostas de mudança na organização e gestão da produção de serviços que vem sendo difundidas no âmbito do sistema privado de prestação de serviços, especialmente o “managed care” ou a “medicina baseada em evidências”, ainda que, em algum momento, essas propostas possam repercutir no debate que vem sendo travado no sistema público.

Referências

AKERMAN, M. *et al.* A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência realizada em Campinas-SP. *Saúde e Sociedade*, v.6 n.2, p.83-99, 1997.

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. *In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 97-115.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, São Paulo, 1975.

AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação.* São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. 231 p.

AYRES, J. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI Fº, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 117-139.

BARRETO, M. L. Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: histórico, fundamentos e perspectivas. *Conferência de abertura.* V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba-PR, 24-27 de março de 2002. 30 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. *In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAMPOS F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, v.5, n.9, p.133-142, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança; revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. *In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Sobre la reforma de los modelos de atencion: un modo mutante de hacer salud. *In: EIBENSCHUTZ (org.) Política de Saúde: o público e o privado.* Fiocruz, 1996, p. 293-312.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 55-77.

CASTELLANOS, P. L. (coord.) *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud segun condiciones de vida y del impacto de las Acciones de Salud y Bienestar*. Proyecto. OPS/OMS, 52 p. 1991b.

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. (org.) *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 31-75, 1997.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.79-95.

CECÍLIO, L. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. 334 p.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial. *Cadernos Saúde da Família*, Brasília, v. 1, n.11, p.13-15, 1996.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 39-53.

DONNANGELLO M. C. F. *Saúde e Sociedade*. Duas cidades. São Paulo, SP, 1976.

DONNANGELO, M.C. F. (debatedora). Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, Brasília, 1979, p. 83-88.

FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília: Paralelo 15, 1999, 103 p.

FLEURY, S M.(org.) *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 262 p.

FREITAS, C. M. A. Vigilância da saúde para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.141-159.

JUNQUEIRA, L.P. *Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade saúde e sociedade*. v.6, n. 2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública - RAP*, Rio de Janeiro: v.32, n.2, p.11-22, 1998.

KEINERT, T.M.M.. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia “Cidades saudáveis”. *Saúde e Sociedade*. v.6, n.2, p. 55-64, 1997.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. Editora McGraw–Hill do Brasil Ltda. 1987. 744 p.

MATUS, C. *Política, planificação e governo*, 2. ed. Brasília: IPEA, 1993, p. 297 p. 2v.

MALIK, A. M. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde e Sociedade*, v.6, n.2, p.19-30, 1997.

MENDES, E. V. (org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993. 300 p.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, v.2., 2001. 167p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e História: as raízes sociais do trabalho médico*. Departamento de Medicina Preventiva da USP (Dissertação de Mestrado), 1979.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 117-160.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.) 1997. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/ Buenos Aires: HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, 385p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2. ed., Brasília, 1998. 36 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma operacional da assistência à saúde (NOAS)*. SUS 01/02. Brasília, DF, março de 2002. 75 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *Relatório de Gestão*. Brasília, dezembro de 2002. 235 p.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e medicina no Brasil*, 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 181-205.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1979.

PAIM, J, S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários In: MENDES (org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993.

- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994b, p. 455-466.
- PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, 5. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 489-503.
- PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p. 557-567, 2003.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567- 586, 2003.
- PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 161-174.
- RADIS (TEMAS). *Cidades saudáveis*, n.19, Editora Fiocruz, 2000.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO, 2001. 178 p.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO, 2003. 226 p.
- RIBEIRO, R. C. A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade: a experiência de Fortaleza. *Saúde e Sociedade*. v.6, n.2, p. 47-54, 1997.
- SCHRAIBER, L. (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1990. 226 p.
- SCHRAIBER, L.B. Epidemiologia em serviços: uma tecnologia de que tipo? In: MS.FNS. CENEPI. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano 2, n. 3, p. 5-32, 1993.
- SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de Saúde. *Saúde em Debate*, n.47, p. 28-35, CEBES, 1995.
- SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo, HUCITEC, 1996, 286 p.
- SILVA JÚNIOR, A. *Modelos techno-assistenciais em saúde*. O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998. 13p.
- SOLLA, J.; MATOS, L.; NUNES, P. Municipalização plena do sistema de saúde: construindo um sistema público e gratuito de atenção à saúde em Vitória da Conquista. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Livro de Resumos. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 5, Suplemento, 2000.

TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. (orgs.) *Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana em saúde no município de São Paulo*. São Paulo/ Salvador: HUCITEC/CIS, 1995.

TEIXEIRA, C. F. PAIM, J. S. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v.34, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Caderno da 11ª. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, dezembro de 2000. p. 261-281.

TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 114 p.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento de Saúde. *In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 515-531.

WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade*. v.6, n.2, p.9-18, 1997.