

Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS

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.

Saúde da família, promoção e vigilância:

construindo a integralidade da atenção à saúde no sus

Carmen Fontes Teixeira

Introdução

O processo de construção do Sistema Único de Saúde enfrenta, no momento atual, um dos maiores, senão o maior desafio, aquele de cujo encaminhamento resultará o desenho organizacional e a configuração do conjunto das práticas de atenção à saúde que se realizam no cotidiano das instituições e serviços. Trata-se de garantir, através da formulação e implementação de políticas e estratégias de mudança na gestão, organização e financiamento do sistema, que se consolide o processo de mudança do modelo assistencial, processo esse que vem se desenvolvendo, principalmente, a partir de 1993-1994, quando se desencadeou a municipalização e a implementação da estratégia de Saúde da Família. De fato, apesar das restrições derivadas da política econômica reiterada na atual conjuntura, e mesmo levando em conta a complexidade das relações políticas intergovernamentais, ou seja, o “mosaico” político

partidário presente nos diversos níveis de gestão do SUS, conta-se com uma acumulação de conhecimentos e experiências que permitem o aprofundamento do debate em torno de propostas alternativas ao modelo médico-assistencial hegemônico.

Em trabalho recente, que amplia e aprofunda algumas reflexões que fiz em torno dessas alternativas, comento que o processo de reforma do modelo de atenção à saúde exige a implantação de mudanças político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais no âmbito das práticas de saúde. Tais inovações podem incidir tanto 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 (TEIXEIRA, 2003).

Nesse sentido, é importante resgatar o significado estratégico da regionalização do sistema de serviços, bem como avançar no debate em torno das possibilidades de articulação entre as diversas alternativas de mudança na organização, no conteúdo e nas relações estabelecidas no âmbito das práticas de saúde, como é o caso das propostas elaboradas em torno das noções e conceitos de “acolhimento” e “vínculo”, “promoção e vigilância da saúde”, “ações programáticas”, “clínica ampliada” e ou-

tras. Além destas, originárias em sua maioria, do ambiente acadêmico, ainda que experimentadas largamente no âmbito dos serviços, notadamente ao nível municipal e local, cabe destacar a Saúde da Família, a única que, por ter sido elevada à categoria de “estratégia de mudança do modelo assistencial” pelo Ministério da Saúde, particularmente a partir de 1998, vem sendo implantada de forma a abarcar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos do SUS.

A atual política do MS reafirma essa opção com relação à reorganização do modelo de atenção à saúde, propondo como eixo desse processo a ampliação e qualificação da atenção básica. Desse modo, enfatiza a importância da implementação da estratégia de Saúde da Família, com a consolidação do trabalho das equipes nos pequenos e médios municípios e o avanço do PSF para os grandes municípios das regiões metropolitanas. Nesse contexto, é mais que nunca necessário que se aprofunde a análise em torno das limitações dessa proposta para dar conta do processo de mudança do modelo em toda a sua magnitude, ao tempo em que se identificam as possibilidades de aperfeiçoamento e/ou redefinição dessa estratégia de modo a que possa efetivamente contribuir para o alcance dos propósitos do sistema com relação ao acesso, cobertura, efetividade, qualidade e humanização da prestação de ações e serviços à população.

O objetivo desse trabalho é contribuir para este debate, tendo como ponto de partida uma caracterização geral da proposta de SAF, com a identificação dos seus avanços e limites no momento atual. Assim, tratamos de sistematizar alguns dos problemas que vindo sendo observados na prática das equipes de Saúde da Família e analisados em trabalhos recentes na área. Em seguida, inserimos na reflexão as possíveis contribuições

das idéias, noções e conceitos articulados em torno da proposta de Vigilância da Saúde, bem, como das propostas oriundas do debate internacional sobre a Promoção da Saúde. Finalmente, discutimos a necessidade e possibilidade de um diálogo que gere a “interfertilização” entre estas propostas, de modo a que o processo de mudança do modelo de atenção seja enriquecido teoricamente e ampliado do ponto de vista político-estratégico e tático-operacional.

Saúde da família: de programa vertical a estratégia de mudança do modelo de 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 noções e práticas, na medida em que, partindo de uma concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, através 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 (complementariedade 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 reor-

ganização 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 conjugue 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 PSF¹ implantadas em todo o país, 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. Alguns estudos evidenciam que, a prática das equipes do Programa se concentra, basicamente, na oferta organizada de serviços básicos como ações de educação sanitária dirigida a grupos de gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e grupos de idosos, realizadas nas unidades de saúde ou na comunidade, ao lado de ações de atenção básica ao grupo materno-infantil, que incluem planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle de desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção (SILVA, 2002; MS, 2003; TEIXEIRA, 2004).

As ações de vigilância em saúde, mesmo em uma concepção restrita, limitada à vigilância ambiental (controle de riscos relativos a vetores de DIP, por exemplo) ou vigilância sanitária (controle de riscos associados ao consumo de bens e serviços, como água, alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos etc.) ou mesmo a vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos

prioritários, como Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, Câncer de Colo de útero e mama, ou ainda, as ações específicas de atenção à problemas de saúde mental, ainda são desenvolvidas de modo incipiente pela grande maioria das equipes.

Ainda no que diz respeito à prática das equipes, apesar dos esforços de capacitação e educação permanente dos diversos profissionais, há estudos que evidenciam a persistência de uma baixa qualidade da atenção e baixa efetividade na resolução de problemas comuns, como por exemplo, o controle das diarreias em menores de um ano ou a redução da mortalidade materna, entre cujos fatores de risco encontra-se a baixa cobertura e a baixa qualidade da atenção ao pré-natal.

Um dos resultados indesejados desse processo vem sendo o aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, decorrente da extensão de cobertura da atenção básica, sem que ao mesmo tempo se verifique um aumento da resolutividade desse nível de atenção. Principalmente nos municípios de pequeno porte, que constituem a imensa maioria dos municípios brasileiros, a implantação da SAF, ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se fez acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como é o caso da Mortalidade Infantil.

Por conta disso, ainda que a Saúde da Família tenha como “imagem-objetivo” a integralidade das ações, o que tem gerado, inclusive, um diálogo com as propostas da Vigilância da Saúde (CAMPOS, 2003) ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo

como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas para o controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Cabe registrar ainda, uma tendência à “burocratização” do processo de gerenciamento do trabalho das equipes de SAF, identificada a partir de relatos de enfermeiras supervisoras do programa, que apontam o número excessivo de formulários, planilhas e outros instrumentos utilizados no processo de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações realizadas.

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.

Vigilância da saúde: integração de práticas e redefinição do processo de trabalho em saúde

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 Distritos Sanitários (Sistemas Locais de Saúde - 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 National Health Service - NHS e também do sistema de saúde italiano, ambos fontes inspiradoras de propostas elaboradas pela vertente “político-institucional” do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, representada, de certa forma, pela presença de Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS no período SUDS (1987 – 1989).

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 e 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 Vigilância da Saúde (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 de-

mocrática 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, 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” (SCHRAIBER, 1990; SCHRAIBER *et al.*, 1996) 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 Saúde da Família, introduzida por consultores do PACS/PSF que busca-

vam um termo suficientemente abrangente que dê conta da busca de integralidade perseguida pela coordenação nacional e por algumas coordenações estaduais e municipais desses Programas.

Promoção da Saúde: formulação e implementação de políticas intersetoriais e práticas sociais para a melhoria da qualidade de vida

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 importante 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 inter-institucionais, 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; 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; 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, entre 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 vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (WESTPHAL, 1997; MALIK, 1997, KEINERT, 1997; FERRAZ, 1999; ZAMUDIO, 1998; RADIS, 2000). Como assinalo 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).

Saúde da Família, Promoção e Vigilância: articulação possível e necessária (porém não suficiente) para a construção da integralidade da atenção à saúde

A efetiva construção de um modelo de atenção à saúde que tenha como atributo central a integralidade demanda a formulação de políticas e a implementação de estratégias de mudança organizacional e operacional no âmbito do sistema de serviços de saúde em vários planos e níveis. 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” (MENDES, 2001) e a segunda à integralidade das práticas de saúde, ou seja, a 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. (PINHEIRO; MATTOS, 2001; 2003; PAIM, 2003b).

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 da dinâmica de reprodução do “modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista” que envolve determinações econômicas e políticas que se cristalizam nas relações estabelecidas entre o Estado, as empresas multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos e empresariado nacional e multinacional da área da saúde. A transformação dessa estrutura exige a acumulação de fatos e processos que venham a condicionar uma nova dinâmica de reprodução, a qual tem como ponto de partida o fortalecimento do papel de regulação exercido pelo Estado, na medida em que este se responsabilize pela implementação de um projeto 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”, é possível se pensar que a implementação de uma política voltada à expansão e qualificação da atenção básica, como é o caso da proposta atual do MS, produza fatos (objetivos) e percepções (subjetivas) que contribuam para uma mudança na prática e na concepção dos sujeitos envolvidos na prestação e consumo de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a flexibilização e o aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família pode ser um elemento fundamental para a adequação das respostas oferecidas pelo SUS aos problemas e necessidades de saúde da população. Com

isso, pode vir a contribuir para a legitimação do projeto de reforma das práticas de saúde tendo como diretrizes não somente a universalização da atenção básica senão que a integralidade das ações e serviços, o que exige a construção de alianças estratégicas entre os gestores do SUS interessados nesse processo, os profissionais de saúde e a população usuária.

Por flexibilização e aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família entendo o desencadeamento de um processo que tenha como pressuposto a necessidade de redefinição da organização dos serviços e do conteúdo das práticas de saúde 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 buscar adaptar a organização das unidades de saúde e a configuração do perfil de oferta das ações e serviços às diversas realidades regionais, estaduais, municipais e locais, constituindo-se, na prática, variantes do modelo de “atenção integral” tomado como “imagem-objetivo” ou referência padrão. (TEIXEIRA, 2000, 2003a).

Nessa perspectiva é que venho tentando problematizar a proposta de expansão da estratégia de Saúde da Família aos municípios de mais de 100 mil habitantes, objeto do PROESF (MS, 2003), chamando a atenção para que 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 e a própria população usuária, habi-

tuada a consumir serviços especializados, mesmo ao nível da atenção básica (TEIXEIRA, 2003b).

Para “fazer a diferença” nesse contexto, a Saúde da Família deve, ao meu ver, tratar de superar o processo de medicalização, o que pressupõe assimilar a oferta de serviços médicos especializados e promover um redirecionamento da atenção especificamente na dimensão relacional do cuidado, através da incorporação de uma ética voltada ao “acolhimento” e estabelecimento de vínculos, de responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito ao encaminhamento do processo de produção-consumo de serviços (MERHRY, 1994;1998), um pouco na linha do que tem sido trabalhado sob a égide da “humanização” do atendimento. Desse modo é possível avançar na constituição de novos sujeitos das práticas de saúde, não apenas os profissionais imbuídos dessa lógica, senão que a própria população assistida, em um processo de “empowerment” que introduza as questões da promoção da saúde, transversalmente, no campo da saúde coletiva e no seio da própria prática médica.

Ao lado disso, é necessário se avançar com o desenvolvimento do diálogo entre a Saúde da Família e as práticas de vigilância da saúde que, como referimos anteriormente, são ainda as mais incipientes e desarticuladas na assistência no nível local e municipal de atenção. Nesse caso, o grande desafio reside na requalificação profissional das equipes com a introdução de conhecimentos e técnicas que subsidiem a formação de competências voltadas à análise permanente da situação de saúde e à execução de práticas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica que tomem por objeto determinantes, riscos

e agravos priorizados nos diversos grupos da população coberta nas diversas áreas de abrangência do programa.

Cabe registrar, nesse particular, que as práticas de vigilância em saúde – ambiental, sanitária e epidemiológica – têm sido o espaço de incorporação de profissionais de diversas categorias, como engenheiros, médicos veterinários, farmacêuticos e outros da área de saúde que se “afastam” do modelo médico hegemônico e se “aproximam” do campo da saúde coletiva. A equipe de Saúde da Família, em sua composição atual, não contempla a incorporação desses profissionais, porém pode vir a ser ampliada futuramente com a inclusão de profissionais graduados em Saúde Coletiva, proposta atualmente em discussão em algumas universidades. De todo modo, o processo em curso de capacitação de agentes locais de Vigilância da Saúde, objeto do PROFORMAR, pode vir a suprir, no curto e médio prazo, a necessidade de ampliação e diversificação do perfil das equipes de saúde ao nível local.

O importante é que se busque formas de incluir, na concepção e na prática das equipes, a noção de “risco”, atual e potencial, de modo que os profissionais de saúde possam trabalhar não apenas com a intervenção sobre agravos à saúde, senão que tomem como objeto de trabalho os riscos sanitários presentes nos “modos de vida”- condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos (COSTA; TEIXEIRA, 2003). Além disso, que incorporem em sua racionalidade técnica a perspectiva de atuar sobre determinantes das condições de saúde, o que implica envolver a população na identificação, explicação e compreensão dos seus problemas e necessidades de saúde, de modo a subsidiar práticas políticas,

sociais e culturais que tenham como objetivo a superação desses problemas e o atendimento dessas necessidades.

Esse é um dos desafios do processo de educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde, a ser enfrentado pelos Pólos que vem sendo organizados, pelas instituições de ensino-pesquisa, pelos gestores do SUS e pelas organizações não governamentais envolvidas com a promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida da população.

Comentários finais

A reflexão sobre o caminho percorrido nos últimos 15 anos no que diz respeito à construção do SUS nos faz crer que, apesar das dificuldades, o Brasil tem hoje, a oportunidade histórica de avançar na efetivação de uma política de saúde e na organização de um sistema público de serviços de saúde que represente de fato, uma inovação do ponto de vista do modelo de atenção, ou seja, do ponto de vista da direcionalidade do processo de mudança no conteúdo das práticas de saúde.

Talvez até por conta das imensas desigualdades econômico-sociais e das características da situação de saúde da população, marcada pela combinação de problemas e necessidades que demandam a adoção de políticas e estratégias diversificadas, a inclusão na agenda da saúde de princípios como a universalização e a integralidade da atenção tem provocado estudiosos, políticos, gestores e profissionais de saúde a buscarem alternativas consistentes, fundadas epistemologicamente no que há de mais avançado na reflexão crítica na área, ao tempo em que lutam pela implementação de estratégias e práticas coerentes com as

limitações estruturais e conjunturais do sistema público de serviços de saúde.

Dessa maneira, a expansão e qualificação da atenção básica, através da flexibilização e aperfeiçoamento da Saúde da Família, à luz do debate atual e da experiência internacional e nacional acumulada na área de saúde pública/coletiva, representa a possibilidade histórica de superação do “modelo médico-assistencial curativo e hospitalocêntrico”, desde quando se invista na requalificação do processo de trabalho em saúde em todos os níveis do sistema.

Para isso, enfatizamos, particularmente, a formulação de políticas (TEIXEIRA, 2003b) que contribuam para que o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde contemple cada vez mais a busca de respostas às lacunas do conhecimento e ao desenvolvimento de tecnologias adequadas e pertinentes ao enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades prioritárias de saúde da população, ao tempo em que se avança na consolidação de políticas e práticas de promoção e vigilância, que envolvam, cada vez mais, a população como protagonista da proteção, preservação e cuidado à sua saúde individual e coletiva.

Notas

¹ Conta-se atualmente com 18.815 equipes de PSF atuando em 4.455 municípios; 183.815 ACS atuando em 5.138 municípios. A cobertura atual é de 62 milhões de pessoas. Ver Solla, 2003.

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. Promoção da saúde e prática médica. Proferidas no Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, área de concentração Gestão de sistemas de saúde, maio de 2002 (anotações da autora).

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. 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.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI Fº, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.117-139.

AYRES, J. R. C. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, suplemento 1, p. 28-42, 2002.

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, G. W. S. O programa de saúde da família e a reorientação do modelo assistencial. Exposição realizada no Seminário 25 anos de Alma-Ata, Brasília, dezembro de 2003 (anotações da autora).

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*, 1991b. 52 p.

- 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, 1997. p. 31-75.
- 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.
- COSTA, E., TEIXEIRA, C. F. *Vigilância(s) em saúde: conceitos e práticas*. Salvador, Bahia: ISC-UFBA, 2003. 24 p.
- 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.
- FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília: Paralelo 15, 1999. 103 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*. 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, 2v., p. 297 -554.
- MALIK, A M. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. *Saúde e Sociedade*. v.6, n.2, p.19-30, 1997.
- MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001. v.2, 167 p.
- 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.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo/ Buenos Aires: HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, 1997. 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, D. F. março de 2002. 75 p.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A produção sobre Saúde da Família. Trabalhos apresentados no *VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva* - Brasília: ABRASCO, 2003. 193 p.

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. 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, 2003. p.567- 586.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 161-174.

RADIS (TEMAS) Cidades saudáveis. *Radis*, n.19, 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.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, 1996. 286 p.

SILVA, A. P. A prática de saúde do programa de saúde da família: mudança ou conservação? (Dissertação de Mestrado) ISC-UFBA, Salvador, Bahia, 2002.

SOLLA, J. P. Os cuidados primários de saúde e o equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia em saúde. Exposição realizada no Seminário 25 anos de Alma-Ata. Brasília, dezembro de 2003 (anotações da autora).

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, dez. de 2000. p. 261-281.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: CEBES, n. 65, 2003 (no prelo).

TEIXEIRA, C.F. *Formulação de políticas de atenção integral à saúde de grupos populacionais específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde: bases conceituais e proposta metodológica*. Consultoria DAPE/MS, novembro de 2003b. 51 p.

TEIXEIRA, C. F. *Análise das propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde com relação à organização do modelo de atenção à saúde no SUS*. Consultoria DAPE/MS, fevereiro de 2004. 29 p.

TEIXEIRA, C. F. *Análise dos trabalhos dos alunos do curso de especialização em saúde da família*. Bahia. 2004. 17 p.

VIANA, A.L. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.32, n.12, p.23-33, 1998.

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

ZAMUDIO, M. G. Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Centro de Investigaciones y Estudios de la salud - CIES, Manágua, Nicarágua. Unité de santé internationale USI. Université de Montreal, Québec, Canada, 1998. 189 p.