

As propostas de modelos alternativos em saúde

Ivan Batista Coelho

Este texto tem como objetivo apresentar alguns modelos alternativos de organização dos serviços e das práticas de saúde que podemos identificar em nosso país principalmente nas últimas décadas.

1 - A medicina comunitária

A proposta de medicina comunitária consolidou-se como alternativa aos modelos hegemônicos de prestação de serviços médicos a partir da Conferência de Alma Ata em 1978, quando abertamente passou a ser defendida pela Organização Mundial de Saúde e seus órgãos regionais. No entanto, suas raízes remontam ao início do Século XX e seu ideário se encontra no cerne de inúmeras propostas de reformulação de sistemas e práticas em saúde. Também conhecida como modelo centrado nos Cuidados Primários em Saúde foi adotada e re-interpretada - às vezes de forma distorcida, a exemplo dos projetos de medicina simplificada - por uma multiplicidade de programas que visavam ampliar a assistência médica a populações desassistidas (programas de extensão de cobertura, tanto de regiões rurais como urbanas).

Apesar da mudança do paradigma médico iniciado com Pasteur, como mencionado anteriormente, na segunda metade do Século XIX as práticas e o ensino médico se faziam de forma muito heterogênea. Por esta razão, muitos autores tomam como principal marco da Medicina Científica o Relatório Flexner elaborado em 1910, por Abraham Flexner, da Universidade de Johns Hopkins, que fez uma avaliação da educação médica até então vigente nos Estados Unidos da América e Canadá. Entre os resultados deste relatório constam inúmeras recomendações para a sistematização do ensino médico, entre as quais vale a pena mencionar a ênfase na **pesquisa biológica e na especialização médica** como principais suportes da medicina, procurando superar o caráter empírico das práticas e do ensino médico. Seu corpo de sugestões passou a ser implementado ao longo das décadas subseqüentes e um de seus mais notáveis resultados foi o fechamento de 124 das 155 escolas médicas americanas à época.

Como características principais da Medicina Científica implementada na esteira do Relatório Flexner podemos mencionar o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, a ênfase nos aspectos curativos e o hospital como seu principal *locus* de ação. Os avanços da microbiologia e a identificação de agentes infecciosos em especial deslocaram o eixo de compreensão das doenças como fenômeno social e histórico para a biologia. Mesmo a epidemiologia, que anteriormente considerava as epidemias e endemias como sintomas de desajustes sociais, não ficou imune. As causas destas passaram a serem procuradas nos microscópios e não na forma como as cidades e as classes sociais se encontravam organizadas. O enfoque populacional ou coletivo perdeu um enorme terreno e o indivíduo tornou-se praticamente o único objetivo da prática médica. A especialização com seu objeto de estudo e de práticas cada vez mais reduzido e altamente dependente de equipamentos tinha no hospital, local para onde convergiam as tecnologias, o principal ponto de concentração de diagnósticos e tratamentos.

Do outro lado do Oceano, em 1920, Bertrand Dawson elaborou outro relatório, que criticava em vários aspectos o Relatório Flexner e propunha uma reorganização dos serviços de saúde, a partir de **profissionais generalistas** que seriam responsáveis por implementar ações **tanto curativas quanto preventivas**, com serviços organizados local e regionalmente, por níveis de atenção. Dawson acreditava que o Estado deveria organizar um sistema de saúde para toda a população. Para tal fazia-se necessário que este sistema tivesse ao mesmo tempo qualidade e economicidade, necessitando, pois, adotar algumas racionalidades. Em suas proposições para a estruturação de um bom sistema de saúde dizia que:

*“... os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um **centro primário de saúde**, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais. O pessoal consiste, em sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um **centro secundário de saúde** como base ... Os centros secundários de saúde, por sua vez, devem formar um vínculo com o hospital. Isto é conveniente, primeiramente, para benefício do paciente, que*

*nos casos difíceis, desfruta das vantagens, das melhores técnicas disponíveis, e, em segundo lugar, para benefício do pessoal médico designado aos centros secundários de saúde, que desta maneira pode acompanhar até as últimas etapas de uma doença na qual intervieram desde o começo, familiarizando-se com o tratamento adotado e apreciando as necessidades do paciente após seu regresso ao lar ... algumas vezes seria recomendável um relacionamento entre os centros secundários de saúde e os **hospitais docentes** ...”.*

È bem possível que estes dois relatórios e o que foi feito dos mesmos em cada local (pelo conjunto de forças políticas que se articulavam em torno dos mesmos), sejam responsáveis pelas brutais diferenças de formas de organização de sistemas de saúde que se deram entre os Estados Unidos e os países europeus. Enquanto nos EUA o aparato estatal cuidava essencialmente das ações de saúde coletiva (vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, controle de doenças de impacto coletivo, etc.), deixando a assistência médica a cargo do setor privado e do mutualismo, o Reino Unido e demais países europeus evoluíram no sentido de constituir sistemas públicos universais de saúde. Aqui, entre várias outras características distintivas entre estes dois tipos de organização e serviços – caráter público em contraposição ao privado; saúde como direito de cidadania em contraposição à saúde como mercadoria comprada no mercado; racionalização e ordenamento do sistema em contraposição à sua organização pela lei da oferta e da procura; etc. -, chama a atenção o caráter conferido à atenção primária. Enquanto no sistema inglês a atenção primária era considerada como um primeiro nível do sistema que deveria resolver 80 ou 90 % dos problemas clínicos, preventivos, etc. na visão americana esse espaço, sob responsabilidade do poder público, cuidava principalmente de ações com hipotético impacto na coletividade e que correspondiam a programas para hanseniosos, tuberculosos, gestantes, crianças, imunizações, etc. É bem provável que este formato de organização da atenção primária americana, onde as unidades se preocupavam centralmente com os “programas”, negligenciando a abordagem integral dos demais problemas dos cidadãos tenha influenciado profundamente a organização da atenção primária no Brasil e seja um dos fatores históricos que contribuíram para a sua baixa resolutividade clínica, conferindo-lhe o caráter **básico**, com o qual é frequentemente designada, em contraposição a um nível de sistema de saúde, que lhe foi conferido por ingleses e europeus de uma forma geral.

2 As ações programáticas de saúde (APS)

Nas décadas de 70 e 80 configuravam-se no Brasil dois grandes campos de práticas em saúde. Um representado pelo sistema previdenciário, que tinha na assistência médica seu principal objetivo, e o outro, representado pelos aparatos montados pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, que tinha como principal objetivo a prevenção de doenças, o controle de agravos, o controle de epidemias e endemias. Os centros e postos de saúde, como eram conhecidos na maioria dos lugares caracterizavam-se por contar com um profissional médico semi-especialistas (clínicos, pediatras e ginecologistas), enfermeiros e outros trabalhadores da saúde que tinham como objetivo principal aumentar o nível de saúde ou reduzir ou controlar a carga de doenças nas comunidades, mesmo quando faziam atendimentos individuais. A principal estratégia utilizada para isto consistia na implementação do que tem sido chamado por muitos autores Ações Programáticas de Saúde. Inicialmente voltadas para a atenção a doenças infecto-contagiosas e parasitárias (hanseníase, tuberculose, malária, etc.) foi estendendo-se das mais variadas formas a outros campos e adquirindo outros formatos como programas voltados para a saúde da mulher, da criança, do adulto, do idosos, doenças sexualmente transmissíveis, etc.

Este formato de organização e dispensação de serviços baseado em grupos de riscos ou agravos se mantém como importante estratégia até nossos dias. Mesmo o Programa de Saúde da Família, que vem se expandindo gradativamente no País, tem na implementação de Ações Programáticas de Saúde uma das principais formas de organização do trabalho das equipes.

3 Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)

Esta proposta de organização de sistemas de saúde começou a ser elaborada pela OPS em 1986, tendo como pano de fundo, o processo de redemocratização que vinha ocorrendo em praticamente toda a América Latina. No bojo deste processo se encontrava também a reforma dos aparatos estatais. Os SILOS nascem como uma espécie de resposta do setor saúde a estes movimentos. Sua finalidade era aumentar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde e, ao mesmo tempo, promover uma maior equidade no acesso aos serviços.

A receita da Organização Panamericana de Saúde para a implantação dos SILOS pressupunha que o Estado em seu nível nacional retomasse as rédeas do processo centralmente, porém que o conduzisse de forma descentralizada, com a participação efetiva dos entes federativos infra-nacionais. Foi estimulada a participação social, a intersectorialidade, o aumento da capacidade administrativa dos aparatos estatais, a capacitação de pessoal e o maior aporte estatal de recursos financeiros para o setor. Foi preconizada também uma altíssima racionalização do uso das tecnologias em saúde.

Do ponto de vista específico da organização das ações e serviços, preconizava a atenção primária, efetuada por generalistas com o suporte de um sistema articulado em rede e hierarquicamente organizado, com base territorial, nos moldes do que Dawson preconizava em relação à medicina comunitária.

No caso concreto da implementação desta proposta na Bahia, além dos múltiplos arranjos organizacionais e políticos necessários ao enraizamento da mesma no aparato estatal, procurou-se iniciar o processo de distritalização de todo o Estado (104 distritos para todo o Estado). Nas situações envolvendo pequenos municípios, dois ou vários municípios se juntariam para compor um distrito sanitário, ao passo que um grande município poderia conter vários distritos sanitários. Desta forma, o distrito era concebido como a unidade operacional mínima do sistema de saúde. Um território e uma população definidos onde um sistema seria reorganizado a partir da atenção primária, implementada com as idéias de primeiro nível de sistema que se articularia como outros níveis, unidades de referência (secundária) que por seu turno se articulariam com hospitais mais complexos, garantindo desta forma a integralidade da assistência. Regionalização, hierarquização, participação social, visão alargada do conceito de saúde faziam parte também do ideário da proposta.

Como a maioria das propostas de reforma do sistema de saúde no Brasil, esta também não teve sua sustentação em bases populares. Nascida de um movimento de cidadãos inseridos nos meios universitários ou na burocracia estatal e que se consideravam intelectuais orgânicos de um movimento de reforma sanitária, não se constituiu em uma reforma substantiva do sistema com sustentabilidade popular. Embora existam muitos artigos publicados na literatura em saúde pública que dizem respeito à proposta, a mesma não chegou a ser conhecida pela imensa maioria

da população e sequer pelo aparato burocrático estatal. No entanto, juntamente com outras propostas de ideário similar vem influenciando as tentativas de reorganização do sistema de saúde no Brasil.

4 As Cidades Saudáveis

Também patrocinado pela OMS e seus escritórios regionais, muito provavelmente originado nos departamentos de promoção da saúde, este movimento pela constituição de cidades saudáveis, teve início em Toronto em 1984 e foi mais enfaticamente divulgado nos congressos e encontros da OMS a partir de 1986. Sua intenção era criar uma rede de cidades dispostas a encontrar novas maneiras de fazer com que os seus cidadãos se tornassem cada vez mais saudáveis. O que fazer então para que estas cidades se tornassem mais saudáveis? Seguir a cartilha dos departamentos de promoção da saúde, é claro! Esta cartilha continha, em suas linhas gerais as seguintes diretrizes:

- a) Um novo conceito de saúde deveria orientar o conjunto das ações. Saúde não é mais apenas ausência de doença. **Saúde é qualidade de vida.** E o que é qualidade de vida? Bem, isto pode ser definido de forma diferente em cada local. O importante é que as condições para uma vida boa sejam garantidas. Moradia, renda, escola, ambientes saudáveis, etc. O essencial é que para que exista saúde tanto a vida como o ecossistema sejam respeitados.
- b) Para que se consiga saúde, com este novo conceito, não apenas o sistema de saúde deve funcionar bem, mas é necessário que o conjunto das **políticas públicas sejam saudáveis ou promovam a saúde.** Leis ambientais, trabalhistas, de uso e ocupação dos espaços públicos e privados, normas, etc. todos devem ser elaborados levando em conta também a saúde dos indivíduos isoladamente e também da coletividade.
- c) A sociedade deve ser capaz de se organizar para discutir e deliberar as melhores formas de enfrentar seus problemas seja no âmbito local ou nacional. A **participação social** é item fundamental na mobilização por uma situação onde a saúde seja considerada importante.
- d) Neste contexto, cada cidadão deve se envolver pessoalmente para conseguir mais saúde para si mesmo e também para a coletividade. Deve também ampliar os conhecimentos sobre si mesmo, permitindo que se cuide melhor. Um **auto-cuidado** que é importante tanto do ponto de vista de manter-se mais saudável, quanto da capacidade de se haver consigo mesmo quando se encontra com alguma limitação.

- e) O conjunto de situações necessárias à uma vida boa não pode ser conseguido isoladamente por um único setor, a saúde no caso em questão. Mas é na ação conjunta e articulada de vários setores, que as condições políticas e operativas se mostrarão potentes para transformar as realidades desfavoráveis à saúde. É na **ação intersetorial** que a saúde se aproxima de seus objetivos.
- f) Por último, mas não menos importante a **reorganização dos serviços de saúde**, nos moldes do que foi preconizado nos SILOS possibilita a constituição de um sistema que teria um maior protagonismo neste extenso leque de ações mencionadas que tem como finalidade a qualidade de vida.

Este movimento se difundiu especialmente para algumas cidades do Canadá e da Europa, cujos prefeitos eram encorajados a ostentar o selo de município saudável. No Brasil, um dos primeiros municípios a adotar a grife foi Curitiba, em sua proposta de **Saudicidade**. Em termos do sistema municipal de saúde, foram organizadas unidades básicas de saúde, que tinham áreas geográficas e populações definidas sob sua responsabilidade, denominadas **áreas de abrangência**, embora a população não fosse adscrita a profissionais específicos. As ações de saúde eram organizadas por programas (saúde da mulher, da criança, hipertensão, diabetes, etc.). As unidades contavam com diversos profissionais, sendo que os da área médica eram semi-especialistas (clínicos, pediatras e ginecologistas), porém, já contavam com agentes de saúde, recrutados entre os moradores das áreas de abrangência das unidades.

Na década de noventa esboçou-se um movimento brasileiro de município saudáveis, que não chegou a ultrapassar duas dúzias de representantes. Do ponto de vista prático, este movimento representou uma expansão significativa da rede básica de serviços nestes municípios. Como as demais reformas, não contavam com bases populares e nem alterou significativamente a forma de prestação de serviços especializados e hospitalares. Porém contribuiu e vem contribuindo para uma visão mais alargada do conceito de saúde e do que as autoridades e os cidadãos precisam fazer para melhorar a qualidade de vida.

5 Em defesa da vida

Esta proposta teve sua origem em Campinas, na Universidade Estadual e foi implementada na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SP), em Betim (MG) e alguns outros municípios. Em suas linhas gerais, em termos de organização de serviços e de sua articulação interna, assemelha-se em muito ao que foi preconizado por Dawson no Reino Unido no começo do século XX. Aqui, no entanto, merece atenção a ênfase dada às mudanças na atividade clínica, no processo de trabalho do conjunto dos trabalhadores da saúde, na mudança nas relações entre os gestores e os trabalhadores da saúde e entre esses e os usuários dos serviços. Nessa concepção, alterar o formato das organizações de saúde e as inter-relações entre estas organizações sem alterar de forma substantiva o modo fragmentado e desumanizado como o trabalho em saúde vem se dando, seria de pouco impacto.

Para alterar o trabalho da clínica é preciso alargar o seu escopo. A clínica em seu formato atual reduziu seu objeto e vê apenas a doença e seus impactos biológicos. Para alargá-la é necessário que também passe a abarcar os aspectos subjetivos e sociais. Não ter como objeto apenas a doença, mas o doente. Em sua crítica à saúde pública e suas propostas de produção de saúde que negligenciam a doença, Campos vai perguntar: “como produzir saúde para aqueles Sujeitos portadores de qualquer enfermidade sem considerar também o combate a esta enfermidade?”. Em sua opinião será preciso construir uma outra alternativa que não passa pela “antidialética positivista da medicina que fica com a doença descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos, nem a revolta ao outro extremo: a doença entre parênteses, como se não existisse, quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o *silêncio dos órgãos*”. Assim, é necessário rever a medicina, mas também as outras clínicas, de enfermeiros, odontólogos, psicólogos, etc.. É necessário superar o apagamento das outras dimensões do sujeito (existencial, subjetiva e social) operado pela clínica em seu contexto contemporâneo. “Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica”.

Os principais aspectos operativos e filosóficos da clínica ampliada incluem os seguintes pontos:

- a) **Equipes de referencia:** A equipe ou profissional de referência são aqueles aos quais se vinculam um certo número de cidadãos ou famílias pelos quais a equipe se responsabiliza, acompanhando-os ao longo do tempo, seja nos aspectos que

envolvem o controle de suas doenças, seja em relação à promoção de sua saúde. Estas equipes podem ter diferentes formatos, que vão desde o formato tradicional das equipes de saúde da família até outros arranjos com diferentes profissionais. Na atenção básica, o leque de profissionais que compõe a equipe deverá ser capaz de dar conta de resolver a maior parte dos problemas clínicos dos usuários a ela vinculados. Equipes de referência podem ser organizadas também em hospitais, policlínicas, unidades de saúde mental, etc. Nesta situação, se encarregariam da condução de casos. Em um centro de apoio psico-social (CAPS), o psiquiatra, a psicóloga e uma assistente social poderiam se constituir na equipe de referência. Em uma unidade de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS esta equipe poderia ser constituída por um infectologista, uma enfermeira e um assistente social. Para as situações onde o conjunto de conhecimentos e instrumentos da equipe de referência não se mostrem suficientes para a solução de um determinado caso deve-se lançar mão de outros conhecimentos, em geral especializados, organizados sob a forma de apoio matricial. Utilizar o apoio de especialistas não isenta a equipe de referência de continuar se responsabilizando pela condução e acompanhamento dos casos.

- b) **Apoio especializado matricial:** A finalidade do apoio matricial é assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Esta retaguarda pode se referir tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Para o seu bom funcionamento é importante que a construção de diretrizes clínicas e sanitárias se dê de comum acordo entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. Desta forma, apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.
- c) **Formação de vínculo** entre usuário e equipe: a clínica em seu formato atual foi degradada pela lógica do pronto-atendimento que possibilitou relações do tipo

queixa-conduta, onde não nenhum tipo de relação mais duradoura entre o usuário e o trabalhador da saúde. Para que se altere este quadro é necessário que o trabalhador da saúde se vincule ao usuário em um processo de co-responsabilização pela saúde do mesmo, fazendo-o ao longo do tempo. Esta responsabilização não se dá apenas nos períodos em que o usuário se encontra doente, mas tem também a finalidade de apoiá-lo nos processo de produção da sua própria saúde. Para isto é necessário que o usuário seja adscrito a uma equipe de saúde, que pode ter os mais variados formatos, de acordo com a realidade local.

- d) **Responsabilização clínica e sanitária:** uma equipe deve assumir a responsabilidade clínica, mas também sanitária sobre uma determinada população sob sua responsabilidade. As questões ambientais, epidemiológicas e que dizem respeito à população por ela assistida também fazem parte de seu escopo de responsabilidades. Para ser mais preciso, falar-se-ia aqui também em co-responsabilidade, pois os usuários também são responsáveis por estas condições devendo se mobilizar das mais variadas formas para melhorar suas próprias vidas e a dos outros.
- e) **Identificação de risco e vulnerabilidade:** Riscos e vulnerabilidades tanto individuais como coletivos deverão ser identificados pela equipe e traçadas diretrizes para sua abordagem. Indivíduos ou coletividades sujeitas à maior probabilidade de danos à sua saúde deverão receber abordagem diferenciada. Aqui, trabalhar com o conceito de equidade é fundamental. Deverão ser ofertados mais serviços aos que estão sujeitos a mais riscos.
- f) **Utilização de múltiplos paradigmas:** O paradigma biomédico é insuficiente, embora necessário, para que os problemas dos usuários sejam abordados em sua complexidade. Assim, lançar mão do que é produzido em outros campos do conhecimento, como as ciências humanas e sociais deverá ser uma rotina no trabalho em saúde. É preciso alargar os campos de conhecimento para dar conta da abordagem de um objeto que foi ampliado. Quando passamos da abordagem da doença à abordagem do doente é necessário incorporar outro arsenal de conhecimentos e técnicas
- g) **Trabalho em equipe:** Produzir saúde é uma tarefa complexa demandando o intercurso de vários campos de conhecimento. Desta forma não apenas o médico, mas um variado leque de trabalhadores de saúde necessita ser organizado de forma a

aumentar a capacidade dos serviços de resolver problemas e produzir saúde. Organizar o trabalho de forma que estas equipes de saúde efetivamente atuem como equipe, encontrando campos de atuação que possam ser implementados por todos os membros de forma interdisciplinar ao lado de núcleos de práticas específicas de cada categoria de trabalhadores é de extrema relevância para o sistema de saúde.

- h) Construção de autonomias:** Um dos principais objetivos do trabalho em saúde é ampliar autonomia dos usuários do sistema de forma que possam cuidar melhor de si e também dos outros. Aumentar o poder de cada usuário, individual ou coletivamente, ampliando sua capacidade de interferir nos determinantes e nas conseqüências de seu processo de saúde e doença é tarefa de todos os trabalhadores e gestores do sistema de saúde.
- i) Elaboração de projetos terapêuticos singulares:** Uma vez que os processos de adoecer são diferentes de sujeito para sujeito, onde temos situações que vão desde aquelas nas quais o adoecimento é passageiro, até aquelas onde o sujeito vai ter que conviver com um determinado problema pelo resto da vida, as abordagens precisam ser singularizadas. Além do mais, uma mesmo problema pode ter impactos diferentes na vida de diferentes sujeitos. Assim, encontrar estratégias singulares para cada sujeito e seu contexto é aspecto relevante da prática clínica e da organização dos serviços.
- j) Elaboração de projetos de intervenção na comunidade:** Problemas comuns ao contexto da vida dos usuários sob a responsabilidade de uma determinada equipe de referencia necessitam ser abordados pela equipe e pela comunidade em diferentes projetos refiram-se estes projetos a situações na comunidade que afetam a vida de muitas pessoas ou à necessidade da comunidade utilizar seus recursos para apoiar seus membros na solução de problemas.

Uma outra vertente deste movimento mantendo ainda a ênfase na reorganização do trabalho em saúde desenvolveu o que vem sendo conhecido em vários locais no Brasil como **acolhimento**. Trata-se de um processo de recepção e escuta do usuário, procurando identificar que recursos do sistema ou que pontos da **linha de cuidado** poderiam ser utilizados para melhor equacionar suas demandas. Entre as principais críticas feitas a este procedimento, muitas vezes erigido à categoria de modelo assistencial por seus defensores, se encontra a de constituir-se, em grande parte das

situações, em um mecanismo de **triagem, recepção feita com simpatia porém sem resolutividade (recepção receptiva!)** e até mesmo **pronto-atendimento**, em especial quando feito por profissionais de nível superior. A avassaladora maioria dos resultados de um acolhimento tem entre seus encaminhamentos a marcação de uma consulta, motivo pelo qual é muitas vezes tratado como uma intermediação desnecessária.

6 O modelo de vigilância à saúde

Esta alternativa de organização das unidades de saúde e das práticas assistenciais que foi adotada por vários estados e municípios brasileiros, em especial na década de 90, tinha como pilares os seguintes aspectos:

- a) Um processo de **territorialização** (denominado distritalização), com definição clara de populações a serem cobertas por um determinado leque de serviços que incluíam todos os níveis assistenciais. Unidades básicas de saúde se articulariam com unidades secundárias e terciárias de forma a constituir uma rede de serviços com capacidade de ofertar todos os níveis de atenção, dando conta assim da integralidade das ações para o conjunto desta população definida;
- b) A utilização da **epidemiologia** e do **planejamento estratégico** se constituíam nas principais ferramentas para definir tanto as prioridades em termos de ações de saúde a serem implementadas, quanto os investimentos a serem feitos na ampliação ou remodelagem da rede de serviços. Estas duas ferramentas permitiriam, segundo os defensores da proposta, superar as dicotomias existentes entre atenção espontânea às demandas da população e os programas tradicionais (hanseníase, tbc, hipertensos, etc.), possibilitando assim uma melhor definição do objeto de ação (riscos individuais e coletivos e os determinantes sociais dos processos saúde-doença);
- c) A **interdisciplinaridade** e a **participação social** permitiriam os sujeitos deste processo (equipe de saúde e população) pudessem não apenas eleger e legitimar prioridades, mas também agir sobre as mesmas de forma coordenada, através de intervenções específicas sobre o território e sobre grupos populacionais específicos.

7 A estratégia da saúde da família como modelo organizativo da atenção primária

O Programa de Saúde da Família foi uma estratégia iniciada há aproximadamente 15 anos no Brasil com o intuito de reformular a atenção primária. O Ministério da Saúde passou a fomentar em todo o País a constituição de equipes de saúde compostas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Posteriormente foram acrescentados a esta equipe um odontólogo, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. Esta equipe deveria se responsabilizar pela saúde de aproximadamente mil famílias residentes em um território definido, que é subdividido em microáreas, que correspondem ao espaço de ação de um agente comunitário.

O principal objetivo do PSF era reorganizar a atenção primária no País e, a partir dela reorganizar todo o sistema de saúde. O processo de trabalho pensado para as equipes deveria envolver a atenção à saúde, a vigilância, a abordagem dos grupos com maiores riscos de adoecimento assim como a atuação no território com vistas à produção da saúde.

A título de conclusão

Há mais convergência entre estas alternativas de organização do sistema de saúde do que divergências. Obviamente, cada um destes modelos, a seu modo, acentua determinadas características. Assim, o modelo da Vigilância a Saúde procura dar ênfase nas questões ligadas ao território. Em Defesa da Vida acentua as questões relacionadas a clínica e aos processos de trabalho. As Cidades Saudáveis procuram melhorar a qualidade da vida de seus habitantes e as Ações Programáticas elegem grupos sujeitos a maior risco de adoecer dando-lhes tratamento diferenciado. No entanto, é altamente desejável que médicos e demais trabalhadores do modelo Em Defesa da Vida - que podem se organizar na forma de Equipes de Saúde da Família ou equipes de referência para um certo número de cidadãos ou famílias em um determinado território - se preocupem com a qualidade de vida de seus usuários, trabalhem ativamente para que as cidades onde vivem se tornem mais saudáveis e que mesmo atendendo a todos ofereçam uma maior parte de seu tempo, inteligência e afeto às pessoas em maior risco de adoecer ou que já se encontrem em sofrimento. Por seu turno quem prioriza a vigilância das situações de saúde sobre um determinado território ou busca construir uma cidade mais saudável certamente deverá ter entre suas preocupações o processo de trabalho em saúde. Aqui, não adotar uma visão mais

alargada da clínica é esquecer que territórios e cidades são importantes apenas porque são os lugares onde os acontecimentos humanos tem lugar.