

O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família

Integrality (comprehensiveness):
from the viewpoint of health care and the recent
proposals regarding basic assistance in Brazil

Carlos Eduardo Aguilera Campos¹

Abstract *Multiple facets, related to the definition of policies, the structuring of knowledge and the implementing of practices in the health services, interact among themselves. This brings to light, as a final result (output), the manner in which health services are rendered within a certain historical context (concept), and the availability or the scarcity of certain groups of activities and health services (in this country). It is essential to understand these interactions in order to be able to evaluate the course of action to be followed by health policies in Brazil. Considering, as our reference point, the Constitutional principle of integrality (comprehensiveness) of health care, and the challenges posed by its implementation, we analyze the theoretical formulations related to the concept of health care and the changes that have been implemented by the Ministry of Health in the areas of Basic Assistance and Family Health (Programs). We also put on the discussion table to what extent (measures) these formulations, propositions and initiatives have effectively been contributing, today, to the development of the Unified Health System (SUS).*

Key words *Health policy, Health System Organization, Unified Health System, Primary care*

Resumo *Múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor saúde interagem mutuamente e têm como produto a maneira como se prestam os serviços de saúde em determinado contexto histórico ou ainda resultam na disponibilidade ou na escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde. Compreender essas relações é fundamental para se avaliar a trajetória da política de saúde no país. Tomando-se como referência o princípio constitucional da integralidade da atenção à saúde e os desafios de sua implementação, analisam-se as formulações teóricas relacionadas ao conceito de Vigilância da Saúde e as mudanças implementadas pelo Ministério da Saúde no campo da Atenção Básica e da Saúde da Família. Busca-se ainda analisar em que medida essas proposições contribuem atualmente para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.*

Palavras-chave *Política de saúde, Organização do Sistema de Saúde, Sistema Único de Saúde, Atenção primária*

¹ Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ. Edifício do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Av. Brigadeiro Trompowsky s/n, 5^a andar, Ala Sul, sala 33, Ilha do Fundão, 21941-590, Rio de Janeiro RJ. cadu@vetor.com.br

A separação entre a medicina exclusivamente curativa e as ações essencialmente preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não parece mais ter fundamentação. A melhoria da saúde da população depende, assim, em proporções desconhecidas, da qualidade do ambiente, da prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelo sistema de tratamento. (Contandriopoulos, 1995)

Introdução

É propósito deste capítulo buscar compreender as relações que se estabelecem entre a formulação de políticas, a construção do conhecimento e a implementação das práticas no setor saúde. Quando se busca solução para um problema de saúde, quando se recorre a um médico, a um posto de saúde, a um hospital, o resultado obtido é fruto dessa complexa e imbricada relação. Os múltiplos aspectos que interagem mutuamente concorrem, por um lado, para a disponibilidade de um determinado conjunto de ações e serviços ou, por outro, para o surgimento de dificuldades de acesso aos mesmos.

Como se dá a construção coletiva e social da prática sanitária? Este é um processo dialético e pode-se supor que estejam envolvidas instâncias distintas, ligadas às dimensões política e técnica. A primeira refere-se às condições institucionais, com o surgimento de consensos, que, através do processo político, se estruturam em princípios constitucionais, passando pela regulamentação de dispositivos legais e seus respectivos mecanismos de financiamento. A segunda é aquela ligada ao conhecimento que, segundo modelos teóricos, passa a dar concretude e a reger a organização e a gestão do sistema de saúde e, finalmente, a definir o conjunto de tecnologias que as ciências oferecem. Estas, uma vez combinadas, segundo sua relação de custo-efetividade, resultam em práticas de saúde e assistência voltadas para as necessidades de indivíduos, famílias e comunidades.

Devido a uma premissa fundamental – trata-se de um fenômeno social e histórico – essa realidade não pode ser vista como um processo linear. Assim a trajetória da política de saúde tem como ponto de partida uma construção de propósitos de grupos em luta, os quais, a cada momento, influenciam a conformação do sistema. Esse sistema resulta,

portanto, dos embates e dos consensos e dissensos que ocorrem entre os grupos. E por ser histórico leva-se sempre em consideração a herança recebida, desde a existência de uma cultura institucional arraigada em unidades de saúde com diferentes conformações e espaços de prática, a refletirem uma determinada concepção histórica. Tudo isso, se não determina, ao menos condiciona os propósitos futuros.

A análise de um sistema de saúde deve iniciar-se por desvelar a lógica da sua estruturação e de seu funcionamento, bem como as articulações institucionais que apresenta, tendo-se em mente as qualificações em relação à população abrangida, modelo assistencial implementado, e principalmente as formas de financiamento adotadas (Elias, 1996).

Nosso objetivo é analisar o processo de construção e implementação da integralidade, princípio constitucional que talvez seja, nos dias de hoje, o maior desafio da saúde no Brasil. A partir daí pretendemos apresentar as propostas da vigilância da saúde como uma via para vencer este desafio.

A busca de soluções para os problemas de atenção à saúde da população

O sistema de saúde brasileiro vive há duas décadas um processo de mudança iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980. Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal, tem-se atualmente como questão central a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Torna-se consenso que estes devam abandonar a lógica tradicional que regou o seu funcionamento. Assim, busca-se criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. Princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor. Vale ressaltar a persistência de um grave problema sanitário no país: apesar dos avanços que experimentou a saúde brasileira nas últimas décadas, graças ao processo de democratização e descentralização, entra-se no século 21 com expressivos segmentos da população ainda sem dispor de acesso à aten-

ção à saúde de alguma natureza. Essa situação é incompatível com o direito constitucional.

Atender às necessidades e aos anseios da população foi a motivação básica para a criação do Sistema Único de Saúde. As dificuldades não residiam apenas no arcabouço institucional, isto é, no conjunto de leis existentes à época, que dava prioridade ao modelo em que a atenção previdenciária era o principal foco da política pública. Há que se considerar entre as heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde, a cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos. Esses padrões institucionais conformaram um conjunto de pressupostos e valores de difícil, e lenta, transformação, a despeito de existirem propósitos políticos de mudança da parte da maioria dos atores sociais envolvidos no setor. Daí se considerar, atualmente, que o SUS estaria ainda em gestação, especialmente por existir há pouco mais de uma década. Em se tratando do setor saúde porém, é justificável a impaciência verificada com relação à lentidão com que se dão as mudanças, frente às urgências da população por mais saúde.

Mesmo quando se consideram dificuldades como as acima descritas, vários progressos têm sido alcançados. Um dos pontos a destacar é o desenvolvimento da atenção primária à saúde, formada por uma rede que se consolidou em todo o país. Centros e postos de saúde, os estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, experimentaram um crescimento bastante expressivo, tanto em número absoluto quanto em produção de serviços e aumento de cobertura assistencial, especialmente em áreas antes desassistidas. Criadas na década de 1930, essas unidades se multiplicaram por todo o país, e se expandiram, de forma acelerada, a partir dos anos 80. Esse foi um dos ganhos oriundos do processo de descentralização da saúde previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro.

Essa rede básica ampliou sua oferta de serviços segundo dois eixos fundamentais: a prestação de atendimento médico ambulatorial nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica) e a oferta de ações de caráter preventivo, segundo

a lógica da programação em saúde. Esta pode ser definida como: *o conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, toma como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo* (Sala, 1993).

Os programas de saúde buscam, em outras palavras, com base em prioridades, eleitas segundo critérios como magnitude, vulnerabilidade, transcendência, combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas calcadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas. Essas ações são a parte mais visível do trabalho das unidades básicas. É inegável terem alcançado progressos, que se refletem em melhorias de determinados indicadores sanitários. Além disso, em diversos setores sociais, existe o apoio necessário à sua continuidade. Entre as ações, destacam-se os programas de combate à desnutrição e à diarreia na infância, de prevenção da Aids, de imunizações, de prevenção do câncer de mama, do aleitamento materno, do controle da hipertensão, de diabetes, etc.

Ainda assim não se pode afirmar que o sistema como um todo sofreu as transformações substanciais esperadas, nem que tenha correspondido aos anseios da população. Muitos problemas ainda persistem. Com relação aos programas de saúde, a opção feita por operá-los tomando por base as especialidades de cada área acarretou a fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas. Geralmente, onde existe o recurso disponível, o cardiologista atua no programa de controle da hipertensão; o pneumologista, no programa de controle da tuberculose; o dermatologista, no programa de controle da hanseníase e assim por diante. Os impasses decorrentes dessa forma de atuar são evidentes. Reproduz-se um atendimento especializado, muito próprio do ambiente hospitalar, comprometendo as premissas da atenção primária à saúde. Além disso, as dificuldades em se dotar cada um dos postos de saúde de recursos adequados é evidente neste modelo. De tal forma que, por exemplo, postos possuem atendimento de pediatria, às segundas e sextas pela manhã, de clínica médica; às terças e quintas, de ginecologia e pré-natal; às quartas, etc.

Contribuiu ainda para aprofundar essa

fragmentação as medidas, sempre urgentes, de estender a cobertura assistencial, lotando-se profissionais para realizar, nas unidades básicas, consultas médicas ambulatoriais sem nenhum planejamento ou estudos para adequá-las às necessidades locais. Estas foram, freqüentemente, organizadas na modalidade de pronto atendimento, sempre em número insuficiente e sem nenhum vínculo entre as equipes e os indivíduos. Assim realizou-se um trabalho paralelo à lógica da programação em saúde, buscando responder às demandas dos indivíduos que não eram atendidos pelas ações programáticas. A esses problemas acrescenta-se, ainda, a falta de treinamento dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da atenção primária à saúde, e a baixa remuneração. Em consequência, ao invés do espaço comunitário em que se busca a integração da ação curativa com as de promoção e de prevenção à saúde, é comum a existência de filas de pacientes, desde a madrugada, em busca de “uma ficha” para atendimento com um especialista. Parece haver, nesses casos, a importação da lógica dos serviços de emergência e de urgência ao trabalho da atenção primária à saúde.

O trabalho nos estabelecimentos de saúde e entre eles, na Unidade Básica, é organizado, tradicionalmente, de forma extremamente parcelada. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho do médico e entre estes, o de cada especialidade médica. Assim, sucessivamente, em colunas verticais vai se organizando o trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais, e por outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e, conseqüentemente, do trabalho em saúde. A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho (Franco et al., 1997).

Segundo Mehry, além da segmentação, há ainda o problema da atitude do médico, cujo trabalho é marcado pelo distanciamento com relação aos interesses dos usuários, pelo iso-

lamento com relação aos outros trabalhadores da saúde e pelo predomínio de modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, isto é, por um modelo assistencial voltado para a produção de ações baseadas em máquinas e procedimentos: *O trabalho médico orientado por este modelo se isola dos outros trabalhos em saúde, vai se especializando à introdução de cada novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas, vai necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde, e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa, voltada, eticamente, para si mesma. Desta maneira, estas intenções que comandam o trabalho médico comprometido com a produção de procedimentos estão articuladas com um exercício da autonomia no trabalho clínico totalmente voltado para interesses privados estranhos aos dos usuários, e isolado de um trabalho mais coletivo no interior das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios, em nome de uma eficácia e de uma ética que não se sustentam em nenhum dado objetivo, em termos da produção da saúde (Merhy, 1997).*

Muitas dessas distorções não acontecem apenas no Brasil. Em vários países, o dilema com que se deparam os sistemas nacionais de saúde se circunscreve entre a necessidade de tornar universal a assistência médica de qualidade e a constante busca de contenção do gasto público e privado no setor. Pois o modelo atual de atenção médica leva, inexoravelmente, ao problema do aumento sempre crescente de custos (Labra e Buss, 1995). O mito da imortalidade e do poder mágico da medicina se mantém no inconsciente coletivo, a despeito de todas as evidências ao contrário. O leque de opções por novas tecnologias e produtos, sempre em evolução, estimula um consumo individual sem precedentes, de forma acrítica, sem que haja uma comprovação clara de sua efetividade com relação a procedimentos anteriormente adotados.

Tanto a ampliação de cobertura da atenção primária à saúde quanto a estratégia de melhorar a relação custo/efetividade, contida na lógica da programação em saúde, são tentativas de resposta a esse dilema. De fato, em que pese a heterogeneidade do sistema de saúde brasileiro, composto de uma complexa mistura pública/privada, ganha a hegemonia, na estratégia de estruturação do SUS, a atenção primária à saúde, com o fortalecimento e

a disseminação da rede básica, de responsabilidade do poder municipal. E muitas vezes se desconfia ser essa forma de atuação do setor público uma política de focalização, uma espécie de cesta básica sanitária, destinada a atender, como mais um programa social, os grupos mais carentes e desvalidos da população.

É importante esclarecer que dar prioridade à prevenção não é, necessariamente, uma estratégia de contenção de custos. Pois não se pode descuidar do atendimento das demais necessidades de saúde, nos níveis mais complexos do sistema, quando se tem em mente o cumprimento dos objetivos e pressupostos do Sistema Único de Saúde. Estes são, segundo a Lei Orgânica da Saúde, assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos.

Recentemente teve início um debate entre os gestores federais e estaduais, sobre a regionalização do sistema de saúde. E em documentos relativos à regionalização lê-se que a expansão da rede básica e o processo de descentralização não podem prescindir de mecanismos que dêem aos municípios a capacidade de oferecer ações de caráter abrangente, segundo os diversos níveis de assistência capazes de atender em todas as demandas. Há urgência de se corrigir a tendência a uma assistência exclusivamente voltada para a atenção básica, em virtude da pequena capacidade, dos municípios, de proverem os investimentos necessários para se prestar serviços de assistência hospitalar, ou serviços especializados. Conclui-se, assim, haver necessidade de se construir redes articuladas segundo planos regionais, *sob risco de um processo de desintegração organizacional e da competição entre órgãos gestores e da conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais, ineficientes, iníquos e não resolutivos* (Ministério da Saúde, 2001).

Essa proposta de regionalização busca assim integrar as iniciativas e os recursos disponíveis em cada município, organizando pólos de referência para os atendimentos de maior complexidade ou para procedimentos de alto custo. Assim possibilita-se uma oferta mais equânime dos serviços considerados de referência. Busca-se com isso evitar que os sistemas locais padeçam das dificuldades de encaminhamento aos níveis mais complexos do sistema. Esta proposta vem ao encontro

das iniciativas de formação de consórcios intermunicipais, constituídos no país ao longo da última década.

A integralidade como princípio norteador do sistema de saúde

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde.

Em primeiro lugar prevê-se nesse conceito que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença. É importante ressaltar que os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da *história natural da doença*, teoria consagrada por White na década de 1960. Segundo essa teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está diretamente referido a níveis de intervenção segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.

Quando se considera a abrangência do conceito de integralidade, tal como descrito acima, pode parecer uma contradição a definição transcrita no texto constitucional: *Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (Brasil, 1988).

A prioridade atribuída à prevenção tem, nesse particular, uma forte conotação política, e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil. O texto constitucional busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Assim o fez para dar um sentido de mudança à forma como, historicamente, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. As organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, e foram oferecidas de maneira desigual. Hoje busca-se oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias

relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico.

Note-se ainda a ausência, no texto constitucional, de referências à promoção da saúde. Isso pode ser atribuído à pouca difusão do conceito à época dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte. A ênfase dada à promoção da saúde é portanto mais recente e não foi sequer citada quando da votação da Constituição.

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde, no qual o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde.

Os saberes e práticas a conformarem o campo da epidemiologia se estruturaram em organizações que desenvolveram, tradicionalmente, ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e programas de saúde pública. Desde o início do século passado, esses estabelecimentos foram responsáveis pelo trabalho no campo da saúde coletiva. E atuaram, predominantemente, sobre os problemas das coletividades, em áreas como a da educação em saúde, o controle de doenças contagiosas e de vetores, o saneamento, as intervenções sobre o meio ambiente e, mais recentemente, a prevenção de fatores de risco e a promoção à saúde. Os centros e postos de saúde foram a parte mais visível da ação.

Já a assistência clínica se organizou, notadamente a partir da década de 1950, em hospitais da previdência social voltados para a atenção aos trabalhadores do mercado formal. Sua tarefa primordial era o atendimento médico, especializado e individual, em termos de tratamento e reabilitação.

Só no final da década de 1970, se iniciaram esforços, ainda que tímidos, para a integração do sistema dualista. Existiu, portanto, uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva, de cunho mais preventivo e coletivo, de outro. E essa divisão não se deu apenas nas estruturas administrativas.

A assistência médica hospitalar contava

com vultosos recursos da máquina previdenciária, enquanto a saúde pública era financiada por escassos recursos do Tesouro Nacional ou fomentos oriundos de organismos internacionais. Assim, o Sistema Único de Saúde herdou uma rede de saúde que representa um desafio para a assistência integral. Em que pese o grande número de centros e postos de saúde em nosso país, estes sofreram com as restrições orçamentárias, as soluções de continuidade na reposição de recursos humanos e sempre estiveram em segundo plano diante da rede hospitalar. Nem ao menos havia um sistema de financiamento para as ações municipais que não estivessem ligadas ao atendimento e aos procedimentos médico-individuais. O financiamento por produção de consultas, exames, internações limitava, decisivamente, a expansão da atividade preventiva e coletiva. O país dispõe de uma rede de saúde muito mais centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, pouco integrada e mal distribuída, segundo as regiões. O processo de municipalização da saúde brasileira abriu, porém, novas perspectivas nesse campo, e é fruto da participação das comunidades e dos movimentos sociais. E, como tem sido chamada atualmente, a atenção básica passou a ser mais discutida e priorizada pelos gestores da área.

Leis e decretos mais recentes, relativos a novas formas de financiamento e de gestão do sistema de saúde brasileiro, melhoraram as condições para que o gestor municipal possa cumprir o preceito constitucional da integralidade. As mudanças na lógica de financiamento se consubstanciaram na promulgação da Norma Operacional Básica-96. A exigência de haver setores responsáveis por cada ação e atividades de controle e avaliação foram requisitos para a habilitação de municípios em "gestão plena do sistema de saúde". As resoluções concernentes à implantação, por um lado, do Piso Assistencial Básico (PAB), em seus componentes fixo e variável e, por outro, da Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) foram os principais mecanismos dessa mudança.

Se bem que tardiamente, e ainda sem ter alcançado as condições de garantia plena da atenção integral, essa norma operacional básica permite que sistemas locais de saúde passem a dispor de recursos desvinculados da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Os sistemas passam a receber

recursos globais, segundo aspectos como perfil populacional, indicadores sanitários e epidemiológicos, desigualdades regionais, metas de cobertura, desempenho, etc. Passou-se a exigir que o gestor planeje ações voltadas para a melhoria das condições de saúde, segundo a evolução de indicadores sanitários e epidemiológicos. Assim, cabe ao gestor municipal pactuar, por exemplo, a redução da prevalência de determinadas doenças ou o aumento da cobertura vacinal ou pré-natal. Buscase, em suma, estabelecer um sistema de financiamento centrado mais em metas de impacto epidemiológico do que na produção de consultas ou internações.

O processo de pactuação de metas de cobertura e desempenho e de repasse financeiro exige a participação dos conselhos municipais de Saúde. Esses conselhos devem referendar e registrar em ata os compromissos assumidos pelos gestores municipais. Dessa forma existe uma maior transparência das ações do governo no setor. Em seguida os pleitos muni-

cipais são submetidos à instância estadual; analisados (aprovados ou não) na Comissão Intergestora Bipartite, que reúne o conselho de gestores municipais e a secretaria de saúde do estado. O mesmo processo se dá no nível federal, na Comissão Intergestora Tripartite. Nos exemplos que se seguem, apresentamos alguns compromissos firmados por gestores municipais do Estado do Rio de Janeiro para o recebimento de recursos do Piso de Atenção Básica e da Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças. Como já mencionado, ao invés de se firmarem convênios com municípios para a produção de consultas, exames ou internações, repassam-se recursos, fundo a fundo, mediante a assinatura de um pacto. Segundo esse pacto, várias metas de desempenho do sistema municipal serão avaliadas por meio da análise da melhoria de indicadores relacionados, direta ou indiretamente, à estrutura, ao processo ou ao resultado das ações de saúde, geralmente voltados para a saúde coletiva.

Quadro 1

Metas pactuadas pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2000
Piso da Atenção Básica – PAB

Atingir e/ou manter cobertura de 95% para o esquema vacinal de rotina;
Reduzir o número de internações por tétano neonatal, por tétano, sarampo e difteria;
Reduzir o número de óbitos em menores de 1 ano;
Oferecer, no mínimo, quatro consultas de pré-natal por gestação;
Organizar ações de prevenção de gravidez na adolescência;
Reduzir as internações por infecções respiratórias agudas em crianças e idosos;
Reduzir as internações por desidratação aguda em menores de cinco anos;
Reduzir as internações por AVC, infarto e complicações da diabetes em adultos;
Alcançar 95% dos animais domésticos com a vacinação anti-rábica.

Fonte: SES-RJ, 1999

Quadro 2

Metas pactuadas pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2000
Programação Pactuada e Integrada – Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD

Detectar 1,3 casos de hanseníase por 10.000 habitantes;
Cadastrar 100% das fontes de abastecimento de água;
Investigar 100% das notificações compulsórias de tuberculose, hepatite, meningite;
Vacinar contra o sarampo 95% da população menor de 1 ano;
Implantar o monitoramento das doenças diarreicas agudas (MDDA);
Implantar o programa de tuberculose. Detectar 100/100.000 hab.;
Implantar e executar as ações pactuadas no PEAa (controle da dengue).

Fonte: SES-RJ, 2000

Quadro 3

Recursos federais do SUS/Transferências em 1999
Municípios do Rio de Janeiro
Atenção Básica/PPI-ECD/Controle de Vetores

Município	População	Transferência	Valor <i>per capita</i>
São José de Ubá	5.862	01.534,54	34,38
Areal	9.596	295.113,69	30,75
Sumidouro	14.118	424.105,52	30,71
Pinheiral	19.958	408.919,87	20,49
São João da Barra	29.861	731.667,31	24,50
Rio Bonito	47.670	888.414,21	18,64
Maricá	68.728	1.145.711,30	16,67
Angra dos Reis	98.229	1.938.010,52	19,73
Nova Friburgo	171.154	2.169.871,51	12,65
Petrópolis	282.182	4.252.923,04	15,07
Niterói	462.884	7.641.005,01	16,51
Duque de Caxias	758.738	11.415.824,44	15,09
Rio de Janeiro	5.613.897	82.971.512,66	14,78

Fonte: Joyce Schramm. SES-RJ, 2000

Nos quadros 1 e 2 buscou-se destacar algumas das metas, de um total de 132. E, assim, é possível perceber a importância do processo de compromisso mútuo entre os diversos níveis de governo. Para definir os números, toma-se a base histórica e o nível atual da incidência e da prevalência, ou a situação dos programas em execução no município. Cabe ao nível estadual o acompanhamento e a assessoria técnica para que os municípios possam desempenhar suas tarefas e alcançar êxito.

O quadro 3 ilustra o volume total de repasse de recursos ao longo do ano de 1999, a municípios do Estado do Rio, segundo as populações dos mesmos. Incluiu-se, além do PAB e da PPI-ECD, os valores transferidos para o combate à dengue. Este último valor varia em decorrência do grau de infestação de cada município. Os valores, apesar de apresentarem uma evolução crescente, ainda não chegam a 10% dos recursos destinados pelo SUS à assistência médica hospitalar e ambulatorial. Mas, como os valores destinados à atenção básica e ao controle de doenças sempre foram inferiores a 2%, podemos considerar um avanço. Não estão incluídos percentuais, a serem obrigatoriamente aplicados pelos estados e municípios, de recursos de seus respectivos orçamentos fiscais. Estes percentuais deverão alcançar, segundo a nova legislação, cerca de 30% do repasse federal. Dessa forma, o

financiamento à saúde passa a envolver recursos dos três níveis de governo.

O quadro 3 revela uma preocupação dos gestores federal, estadual e municipal em promover um mecanismo compensatório em favor de municípios menores, de forma a lhes destinar ao menos o montante de recursos indispensável para a execução do controle de doenças (PPI-ECD). Isso significa prover municípios menores com um adicional de recursos e se revela quando se observa a variação dos valores *per capita*, que receberam valores maiores. Como já referido, o grau de infestação pelo *Aedes aegypti* também determinou algumas diferenças no valor *per capita*. Nova Friburgo e Petrópolis, por exemplo, receberam repasses menores dessa fonte.

Como já descrito anteriormente, o sistema de financiamento dos recursos oriundos do PAB, especialmente aqueles previstos na parte variável e da PPI-ECD, induz a uma reorganização da forma de atenção. E contempla com mais recursos os municípios que implantarem formas de assistência inovadoras tais como as equipes de saúde da família, a assistência ao desnutrido, a farmácia básica, os centros de controle de zoonoses, etc. Essa nova metodologia de repasse de recursos exige uma maior participação de gestores e comunidades no planejamento e na avaliação das ações de saúde municipais. E contribui para ampliar e qualificar, através dos conse-

lhos municipais de Saúde, o controle social exercido por estes fóruns, e para conformar, através desses conselhos, o interesse coletivo pela garantia de atenção integral.

Um segundo aspecto ligado à integralidade refere-se à garantia de acesso, do indivíduo, aos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário. A idéia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de especialização, leva à idéia de a atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um equívoco, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames. No nível primário são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade.

Ainda segundo o conceito de integralidade, as pessoas são encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente.

A garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Esse princípio, portanto, não exclui nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos.

Para se alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a este princípio. Implica perguntar-se, na prática cotidiana da gestão e da operação do sistema de saúde, seus pressupostos

têm sido respeitados. Existem diversos mecanismos os quais o gestor pode lançar mão para que este princípio seja cumprido. Nesse sentido, Giovanella (2000) buscou sistematizar e apresentar uma metodologia inovadora para avaliar se os sistemas municipais de saúde são mais, ou menos, integrais. Como ponto inicial *esta forma de organizar o sistema depende da vontade política, ao se definirem prioridades, e também de mudanças organizacionais e da forma de gestão do sistema de atenção*. Em suma, os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias (Giovanella, 2000).

Eixos reestruturantes do SUS: a vigilância da saúde e a estratégia da saúde da família

Para alcançar êxito em seus objetivos, uma determinada política de saúde necessita de leis e mecanismos de gestão apropriados. A forma como os estabelecimentos e organizações são concebidos e organizam suas práticas influi decisivamente na satisfação dos usuários e no impacto das ações sobre a saúde dos indivíduos. Sem mudanças nos pressupostos e paradigmas a nortear o modelo assistencial brasileiro, não se pode esperar resposta satisfatória aos problemas que se apresentam no dia-a-dia da interação da população com os serviços de saúde. A forma como se organiza a sociedade e suas práticas sociais é, por si só, determinante para a definição dos problemas de saúde e do modo de solucioná-los. Não é nenhuma surpresa, portanto, constatar-se a hegemonia de um sistema voltado para atender, quase que exclusivamente, demandas individuais, sendo a assistência médica o principal recurso tecnológico colocado à disposição dos indivíduos, em escalas de acesso progressivas e de acordo com a capacidade de compra dos diversos segmentos da população. Se a integralidade pressupõe atuar sobre os determinantes e os riscos de adoecimento, que tipo de gestão sanitária poderia superar as restrições apontadas acima? Como proposta no campo teórico metodológico a vigilância da saúde constituiu-se um esforço para integrar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde

de-doença, especialmente do ponto de vista da sua determinação social. A partir daí busca desenvolver novas propostas de operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a se respeitar uma visão que se pretende mais totalizadora.

O primeiro desafio a ser superado refere-se à dicotomia das ações dos setores envolvidos na assistência à saúde. O modelo de vigilância da saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. Seguindo esse modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença. Esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Propõe ainda o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como o sujeito do processo.

A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc. Além de mudanças teóricas e metodológicas que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a vigilância da saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto. Um indivíduo não existe sozinho, isolado. Todo homem é resultado das relações que estabelece. O indivíduo autônomo, independente, é uma abstração ideológica, ligada a uma determinada visão de mundo. É preciso compreender que melhorar a qualidade de vida, promover a saúde de um indivíduo implica agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive.

Para facilitar a compreensão das múltiplas dimensões da proposta da vigilância da saúde, iremos abordar esta proposta segundo três níveis, quais sejam, os determinantes do processo saúde-doença, os riscos e os danos à saúde. Utiliza-se esta estratégia apenas para fins didáticos, já que entender a indissociabilidade da atuação sanitária é fundamental para as mudanças propostas. Utiliza-se como referencial teórico o modelo proposto por Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998).

A atuação segundo as múltiplas e complexas determinações do processo saúde-doença insere-se nas formulações recentes, agrupadas sob o conceito da promoção da saúde. Apesar de promissora, a proposta de promover saúde é, ao mesmo tempo, desafiadora e complexa, tanto do ponto de vista político quanto do ponto de vista técnico. Muitas de suas ações envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde. A promoção da saúde implica o estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores, envolvendo pessoas e comunidades para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida. Para se dimensionar a complexidade desse conceito pode-se utilizar a seguinte situação hipotética. Suponha-se que uma determinada secretaria de saúde municipal lance o seguinte desafio à sociedade local: *na próxima década propomos elevar a vida média de nossos moradores em cinco anos*. É sabido que esse tipo de proposta depende de inúmeras variáveis, tendo a secretaria de saúde uma responsabilidade apenas limitada para o seu alcance. Mais anos de vida para todos vai certamente depender de múltiplas estratégias, iniciando-se pela própria consciência dos indivíduos e famílias de que isto é possível e desejável. O setor saúde não pode, de forma isolada, alcançar esta meta. Mas, ao mesmo tempo, deve exercer um papel de liderança, decisiva para estabelecer esta agenda. Uma atitude propositiva, contribuindo para criar este cenário. Cabe ao setor avaliar o tipo de utopia, comprovando ser possível aquilo que a sociedade tem dificuldade em vislumbrar. Se nesse determinado município pessoas morrem vítimas de atropelamentos ou de leptospirose, caberá salientar para todos os indivíduos e famílias que o quadro não é inexorável e que pode ser superado. Não é utopia, e sim uma possibilidade real. Isso já foi alcançado em outras sociedades e países. Outras condições que possam ser enfrentadas a médio e longo prazos devem ser apontadas. No exemplo citado há ainda um outro aspecto a ser mencionado. Um município não é uma ilha, mas está inserido em um contexto estadual, federal, continental, etc. Várias políticas públicas e mobilizações

sociais necessitam, para o seu sucesso, de uma abrangência e compromissos que extrapolam o território municipal. É necessário que se discutam novas formas de relações sociais, de organizações e estabelecimentos que atendam melhor às necessidades de saúde e de qualidade de vida dos idosos, das crianças, ou ainda, dos portadores de deficiência, dos trabalhadores e não só a assistência às suas doenças.

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, emitiu a Carta de Ottawa, assim definindo a promoção à saúde: *A promoção à saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde se percebe, pois, não como o objetivo, senão como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais assim como as atitudes. Por conseguinte, dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas de vida saudáveis, a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde (WHO, 1986).*

A ampliação da definição de causa dos problemas de saúde exige a incorporação de novos saberes, tradicionalmente presentes em menor peso, no setor. As ciências sociais, o planejamento urbano, o planejamento estratégico, a geografia, a educação para a saúde, as ciências do meio ambiente, a comunicação social são algumas das disciplinas necessárias.

O estabelecimento de ações intersetoriais deve permitir que, em cada área, surjam contribuições para a solução dos problemas de saúde. Esses problemas devem ser aqueles que emergem de discussões comunitárias. As prioridades poderão assim transformar-se em pautas positivas, promotoras de saúde. E a educação e a informação para a saúde passam a ser fundamentais nesse processo, na medida em que aumentam a consciência sanitária dos cidadãos e intensificam a participação dos mesmos na definição de prioridades. O desenvolvimento sustentável vê o ambiente como realidade e totalidades integradas, e vê o homem como parte das mesmas, que são vivenciadas segundo lugares singulares, segundo uma base territorial, segundo processos sociais vividos localmente. Assim é possível constituir-se um processo de reflexão coletiva sobre as condições de vida das comunidades e sobre como estas

condições contribuem para o estado de saúde e para a qualidade de vida.

No processo de construção de ambientes/ indivíduos/comunidades saudáveis são fundamentais conceitos como direitos de cidadania (lazer, moradia, trabalho, equidade, responsabilidade social pela saúde, participação, etc.). Essa dinâmica necessita de determinadas ferramentas técnicas, como o acesso à informação, à educação, à gestão dos recursos disponíveis, etc. É fundamental um esforço de participação no planejamento, na análise das relações sociais e as condições objetivas de vida, reprodução e sobrevivência. É preciso definir as possibilidades de cada ator social e de todos para superar dificuldades, estabelecer compromissos e pactuá-los politicamente. É bom lembrar que pacto pressupõe um diálogo entre atores que se disponham a reconhecer a força uns dos outros, e não uma relação em que se busca o domínio e a imposição de um ator sobre o outro.

O segundo nível da atuação, tal como proposto no modelo da vigilância da saúde, refere-se à prevenção dos riscos de adoecimento. Estas análises igualmente estão voltadas para entender o risco segundo os grupos sociais imersos em seu território. Informações hoje disponíveis na clínica ou na epidemiologia acerca dos principais fatores de risco passariam assim a ser referenciadas à dinâmica dos grupos, das famílias, segundo as suas particularidades e segundo as dimensões sanitária, ambiental e epidemiológica. A riqueza desse processo está em poder estabelecer novos elos causais e soluções que podem extrapolar o atendimento pontual e fragmentado dos problemas de saúde. Dessa maneira os diversos grupos que atuam nas áreas ligadas à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, aos programas de saúde, que buscam a identificação e o controle de riscos devem procurar novas interfaces, trabalhar de forma integrada. Infelizmente ainda se convive com equipes múltiplas, que atuam de forma vertical no plano central, agindo sobre um determinado vetor, ou sobre uma determinada doença infecciosa, sem uma visão abrangente e uma ação integral, segundo os problemas que afetam as comunidades. As ações programáticas necessitam ser repensadas no sentido de desenvolver ações que reduzam, concomitantemente, os múltiplos fatores relacionados ao adoecimento. Mesmo considerando a importância da especialização e das distintas áreas do conhecimento técnico das equipes, é inadmissível que estas continuem trabalhando de forma isolada, cada qual voltada para a sua área de conhecimento. O que se constata, muitas vezes, é a total desarticulação entre elas.

Grupos técnicos que controlam roedores, mosquitos, qualidade da água, alimentos, estabelecimentos, tuberculose, meningite, Aids, diarreia, sarampo, hanseníase, câncer, tabagismo, diabetes, hipertensão, DST, todos a atuar segundo suas próprias rotinas, sem nenhuma articulação ou planejamento, duplicando e segmentando uma realidade que é indivisível e inter-relacionada. Vale ressaltar que, em alguns casos, essas equipes estão constituídas de maneira desigual e algumas delas sequer atuam. Devido à ausência de recursos para financiá-las limitam-se a “contar casos”. Dentre muitos exemplos deste problema a superar pode-se destacar o caso da dengue. Seu ressurgimento é resultado da ocupação urbana mal planejada, da falta de saneamento, do aumento indiscriminado da produção de embalagens descartáveis e pneus, sem coleta e de destinos adequados, da degradação do meio ambiente, das condições de habitação, de hábitos de famílias e comunidades sobre a existência de focos e do modo de transmissão, da capacidade de adaptação do vetor às novas condições, etc. A destinação de, por vezes, vultosos recursos para a contratação de “mata-mosquitos” e “fumacês” em época de epidemias está diretamente relacionado à ausência de recursos e ações sobre os riscos que as provocaram. Ao contrário, cada comunidade deveria estar sendo orientada e provida de meios para melhorar as condições sanitárias e ambientais e a reduzir os riscos de transmissão. Para isso seria imprescindível que se promovesse a consciência sanitária por meio da educação para a saúde, a intervenção sobre o lixo domiciliar, sobre a qualidade da água, do saneamento e das condições de moradia. Os agentes responsáveis por essa atuação não poderiam, como ocorre hoje, estar exclusivamente voltados para um vetor, um mosquito, mas para as condições de risco social, sanitário, epidemiológico e ambiental como um todo. Estariam assim contribuindo para a redução efetiva de inúmeras outras doenças associadas e essas condições, como a leptospirose, as hepatites, a diarreia, etc.

O terceiro nível de atuação refere-se à assistência propriamente dita. Que modelo assistencial poderia atender satisfatoriamente ao conjunto de pressupostos e desafios colocados pela integralidade? Como já foi abordado aqui, apesar de concebidos para esse fim, a existência de postos e centros de saúde não garante necessariamente essa atuação transformadora. São necessárias algumas condições prévias para que os princípios da promoção e da prevenção passem a reger o funcionamento dos serviços de saúde. Mais uma vez

a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são imprescindíveis. Permitem o estabelecimento, a partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto de prioridades, do planejamento do trabalho em saúde. As equipes locais devem trabalhar dessa forma, exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada microárea do município. São esses os responsáveis pelo atendimento primário, pela decisão de se acessar os recursos disponíveis pelo atendimento primário, pela decisão de se acessar os recursos disponíveis no sistema municipal de saúde e de outras instâncias para atender aos problemas detectados. Contribuir para a organização da comunidade no esforço de melhorar as condições de saúde. A equipe local é, portanto, responsável por todos os aspectos implicados com a saúde e tem por objetivo partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, da prevenção e do atendimento à saúde das famílias a ela referidas. Note-se ainda que o papel exercido por tais equipes evita que o próprio indivíduo, ou a família, tome para si, a responsabilidade de decidir a respeito da busca por serviços, atendimentos, exames, etc. É comum constatar que, por falta dessa equipe local que a oriente, a população procura os serviços, em busca de atendimentos especializados, a partir de sua própria percepção de necessidades. A partir de um sinal e sintoma, elege um suposto especialista que possa resolver o problema. O resultado desse comportamento pode ser verificado na porta dos serviços de saúde, com filas intermináveis desde a madrugada.

Para que ocorra a mudança das práticas de saúde conforme exposto acima, é necessário também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de olhar o paciente, o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de saúde. As equipes de saúde precisam oferecer mais do que a prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos formais. A formalidade e a burocratização da prática de saúde coíbe a satisfação profissional, além de provocar um estado de estagnação, em que o profissional tem consciência da inoperância do resultado final das ações realizadas, mas não se sente responsável por isso. Continua a realizá-las de forma mecânica, como não se incomodasse com a recorrência do adoecimento, fruto da permanência das determinações do mesmo. A criança volta toda semana com o mesmo quadro infeccioso ou respiratório, a mulher se queixa do nervoso ou da dor de cabeça que não tem solução. E assim se sucedem os pa-

cientes, nos consultórios, com suas queixas recorrentes, diante das quais os profissionais se sentem impotentes, incapazes de agir de forma eficaz. É indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal. E talvez esta postura o leve a expor, clara e diretamente ao paciente, as possibilidades e os limites da intervenção através do serviço de saúde e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados.

Em diversos países do mundo, como a Inglaterra, Canadá, Espanha, Holanda, Cuba, México, entre outros, cabe ao médico de família o papel de prestar o primeiro atendimento e coordenar as ações de saúde para um conjunto específico e famílias de uma comunidade. No Brasil, desde a década de 1980 foi criado programa de residência médica em medicina geral comunitária assim como a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária. Apesar do movimento de mudanças curriculares voltado para a formação de médicos generalistas, os impasses advindos da indefinição de uma política de atenção básica no país resultaram em grande prejuízo ao ensino de pós-graduação, especialmente devido à baixa procura desse profissional pelos sistemas locais de saúde.

Essa tendência começou a ser revertida devido à iniciativa de municípios em implantar Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Medicina de Família. Esses projetos, inicialmente isolados, se disseminaram e resgataram, para a sociedade e para os sistemas locais de saúde, a figura do médico da família e comunidade. Passou-se então a questionar a estratégia anteriormente adotada, de organização das unidades básicas de

saúde, baseada no trabalho de assistência médica por especialidades básicas. A partir de 1995 o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de implantar o Programa de Saúde da Família em todo o território nacional. Ocorreu então a aceleração do processo de constituição de equipes, tornando-se um consenso a importância do médico de família para compor e liderar as ações previstas na Atenção Básica à Saúde (UERJ, 1998).

Atualmente o Programa de Saúde da Família tornou-se a estratégia prioritária de reformulação do modelo assistencial da atenção básica, estando já implantadas cerca de 10.000 equipes de saúde da família no país. Esse número encontra-se em constante evolução, dado o ritmo de crescimento do total de equipes no país. Estas são, geralmente, compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e entre 6 e 8 agentes comunitários de saúde. Recentemente foram incluídos na equipe profissionais de saúde bucal.

No quadro 4 estão listadas as principais atribuições das equipes de saúde da família, segundo o Ministério da Saúde.

Como pode ser verificado, as atribuições das equipes guardam grande coerência e sintonia com os princípios da vigilância da saúde. A saúde da família pode, portanto, ser considerada o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde. Essa nova lógica de atuação não deve se limitar à saúde da família, mas, sim, disseminar-se por todos os serviços, desde as unidades básicas até as unidades hospitalares. Outros aparelhos sociais presentes em cada local devem estar também contribuindo para essa lógica assistencial. Deve-se buscar, nos programas de saúde coletiva, o estabelecimento de propostas de ação conjunta voltadas para solu-

Quadro 4

Atribuições das equipes de saúde da família segundo o Ministério da Saúde

- Conhecer a realidade das famílias (socioeconômica, psicológica, cultural, demográfica e epidemiológica)
- Identificar problemas de saúde e situações de risco
- Elaborar planos locais de saúde
- Valorizar o vínculo, a continuidade e a relação de confiança
- Executar ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária
- Desenvolver ações voltadas para o controle da hanseníase, tuberculose, DST/Aids, doenças crônicas, ligadas ao trabalho e ao meio ambiente
- Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência
- Prestar assistência integral e promover a saúde através da educação para a saúde
- Desenvolver a auto-estima, o apoio mútuo, o autocuidado, a troca de experiências
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente
- Incentivar a formação e a participação nos conselhos de Saúde.

cionar problemas relevantes e particulares de cada território, agregando contribuições de diversas áreas técnicas, contribuindo assim para que as equipes locais possam estar capacitadas a tratar problemas de forma integral.

A título de ilustração podemos descrever um caso ocorrido no interior do Estado do Rio de Janeiro. Em determinada região começaram a surgir casos de infecção de pele, em membros superiores, em homens adultos. Em um modelo convencional de assistência à saúde, provavelmente esses indivíduos teriam procurado um pronto atendimento de um serviço municipal e solucionado o problema através de antibióticos. Até porque, segundo uma demanda espontânea dos indivíduos a locais distantes de sua moradia, não haveria porque suspeitar, a não ser que o problema tomasse um vulto maior, de associações

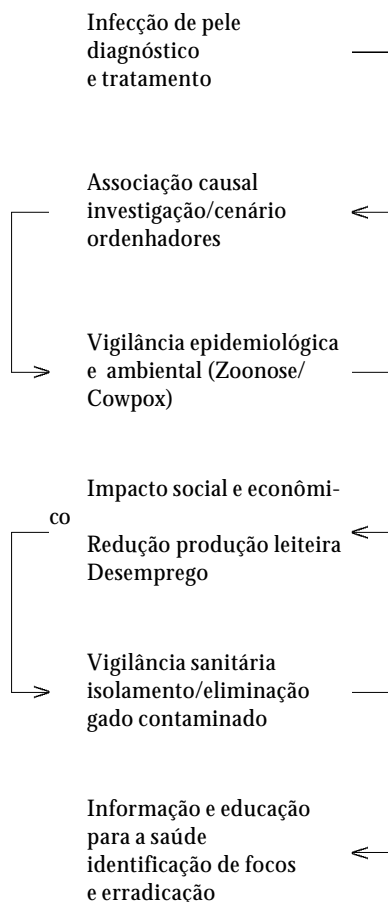
causais ligadas ao território específico a que esses indivíduos pertenciam. Não foi esta a dificuldade da equipe de saúde da família que atuava no local onde surgiram estes casos (Figura 1).

Tão logo surgiram as primeiras infecções, os integrantes da equipe de saúde da família imediatamente perceberam a relação entre a ocorrência dos sintomas e o fato de esses indivíduos serem ordenhadores. A facilidade de acesso ao território permitiu-lhes identificar que as vacas sofriam de uma zoonose, na região das tetas. Para o homem, essa infecção não acarretaria maiores prejuízos, mas teria graves conseqüências para a produção de leite e, por sua vez, para a sobrevivência das famílias. Caso aquele vírus não fosse controlado, toda a região sofreria gravemente, pois haveria queda da produção de leite em virtude da infecção dos animais.

As equipes foram capazes de mobilizar a comunidade e acionar setores ligados à vigilância sanitária, agricultura, epidemiologia, associações e grupos de produtores rurais e isolaram os animais infectados. Este é um caso exemplar de como as equipes de saúde devem trabalhar segundo o contexto social, econômico, sanitário, assistencial, a partir de um novo pensar e um novo agir em saúde. Mostra ainda que a equipe não tem necessariamente de dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acometem a comunidade, mas sim estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes. Ao tomar para si essa gestão da saúde local, a equipe pode acionar os diversos setores e especialistas que cada caso requer.

Figura 1

Seqüência após diagnóstico de infecção de pele por uma equipe de saúde da família



Conclusão

Este capítulo buscou definir o Sistema Único de Saúde como um processo em construção. Conceitos e concepções acerca das análises e práticas da saúde são frutos de construção coletiva, em que as vertentes técnica e política se entrelaçam. Se a Constituição brasileira possibilitou a conformação de um modelo para o sistema de saúde, outras medidas devem transformar o cotidiano das organizações e do trabalho em saúde. Novas formas de financiamento, novos instrumentos de análise da realidade, novos modos de estruturação de equipes que vão agir em saúde devem ser pensadas para se alcançarem princípios como equidade, integralidade, participação da comunidade. Se por um lado, criaram-se diversos espaços de pensamento e de práticas inovadoras, por outro, assiste-se a tentativas, às vezes inconfessáveis, de terceiri-

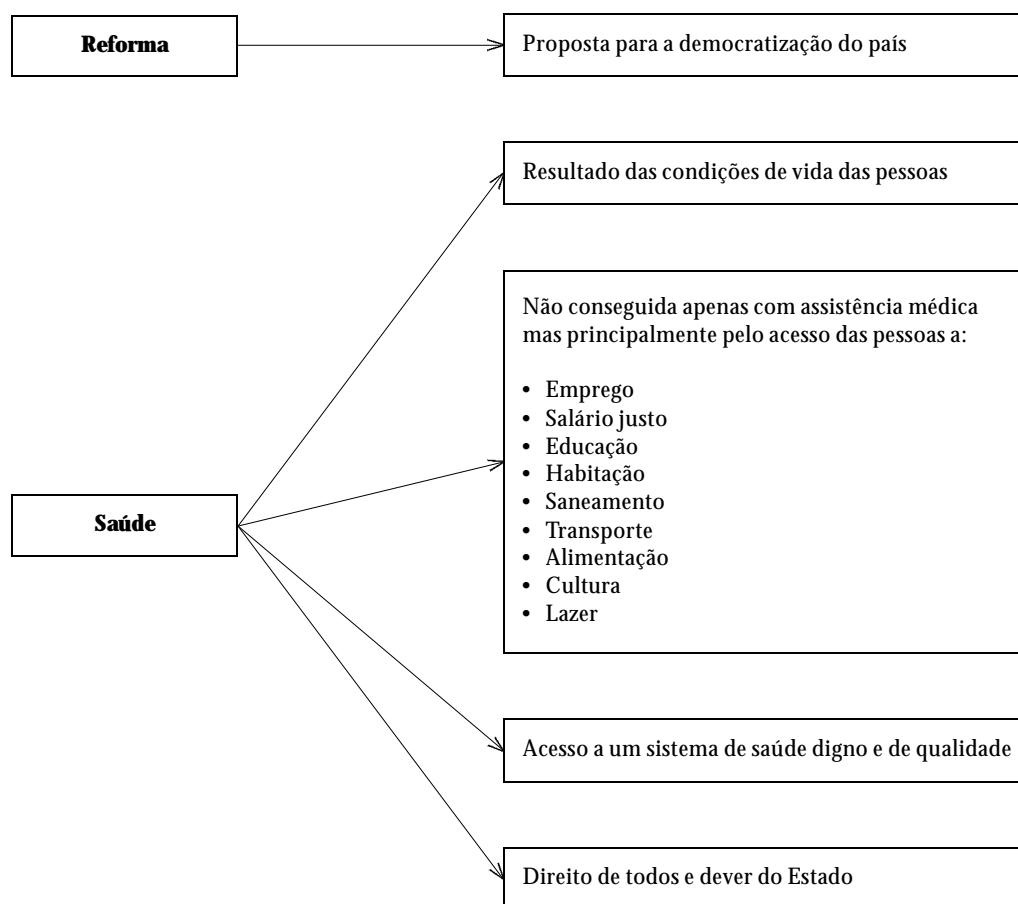
zação e privatização da rede pública, do avanço da cobertura dos planos de saúde privados, da idéia de atenção básica como um pacote mínimo de ações voltadas para a assistência aos pobres. Evidentemente que se buscou demonstrar a viabilidade de se alcançar um Sistema Único de Saúde calcado na resolutividade de problemas de saúde como um bem público. Especialmente afirma-se aqui a factibilidade de se enfrentarem os problemas de saúde vividos pela sociedade brasileira como uma totalidade social, ambiental, sanitária, epidemiológica e assistencial. Essas idéias e utopias foram vividas, em outras dimensões e circunstâncias históricas, por muitos dos que nos antecederam no serviço público de saúde. Entre eles, podemos

citar Osvaldo Cruz, Miguel Couto, Afrânio Peixoto, Carlos Chagas, J. P. Fontenelle, Carlos Gentile de Melo, Cecília Donnangelo, David Capistrano.

Nada do que se discute no âmbito da saúde brasileira continua mais atual do que o desafio que se coloca para a presente e as futuras gerações: tornar concreto, no cotidiano da vida dos cidadãos, os princípios que motivaram a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. Finalizamos este capítulo com o esquema extraído de documento da 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2000. Dele conclui-se que perseguir o que parece ser óbvio pode ser mais difícil do que se imagina (Figura 2).

Figura 1

Aspectos conceituais, princípios e características do SUS, 11ª CNS/MS, 2001



Referências bibliográficas

- Brasil 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Cap. II, Seção II, Art. 198.
- Contandriopoulos AP 1995. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. *Saúde em Debate* 49-50: 53-64, 1995/1996.
- Elias P 1996. *Saúde no Brasil*. Cortez-Cedec, São Paulo.
- Franco TB, Bueno WS & Merhy EE 1997. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, MG*. (Mimeo).
- Giovanella L et al. 2000. *Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção*. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro. Mimeo.
- Labra & Buss 1995. *Sistemas de saúde. Continuidades e mudanças*. Hucitec, São Paulo.
- Merhy EE 1997. *Crise do modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*. (Mimeo).
- Ministério da Saúde 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. *Norma Operacional da Assistência à Saúde* NOAS-SUS 01/01. Brasília.
- Sala A 1993. A avaliação de programas de saúde. *Programação em Saúde Hoje*. Hucitec, São Paulo.
- Teixeira CF, Paim JS & Vilasbôas AL 1998. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano VII, no. 2, abril/jun.
- UERJ 1998. *Reforma em saúde no Brasil. Programa de Saúde da Família*. Informe final. Série Estudos de Saúde Coletiva.

Artigo apresentado em 17/12/2002

Aprovado em 20/1/2003

Versão final apresentada em 10/4/2003