

Silva Junior, Aluisio Gomes & Alves, Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3

Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas

Aluísio Gomes da Silva Júnior
Carla Almeida Alves

Introdução

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Consideramos que no mundo existam diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde. Por esse motivo, ressaltamos que não há modelos certos ou errados, ou receitas que, quando seguidas, dão certo. Observem o que nos diz Merhy sobre o assunto:

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos. (Merhy, 2000:2)¹

Os Modelos Historicamente Construídos no Brasil

No Brasil, podemos relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. No início da República, por exemplo, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século (febre amarela, varíola e peste). Esse tipo de campanha transformou-se em uma política de saúde pública importante para os interesses da economia agroexportadora daquela época e se mantém como modalidade de intervenção até os nossos dias no combate às endemias e epidemias.

¹ “Modelo de atenção à saúde como contrato social” - texto apresentado na XI Conferência Nacional de Saúde.

Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Os trabalhadores organizaram, junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps), regulamentadas pelo Estado em 1923.

A partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atuação com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. Para isso, foram criados alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outros.

Esses programas eram organizados com base nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia que determinavam o 'bicho' a ser atacado e o modo de organizar o 'ataque', sem levar em conta aspectos sociais ou mesmo a variedade de manifestações do estado de saúde de um ser de acordo com a região e/ou população e, por isso, denominamos Programa Vertical.

Neste modelo instituído a partir da década de 1930, em que se estruturaram as redes estaduais de saúde, a assistência era voltada para os segmentos mais pobres da população. Os segmentos mais abastados procuravam o cuidado de sua saúde nos consultórios médicos privados. Nesta década ainda, era de Getúlio Vargas, as Caps, criadas nos anos 1920, transformaram-se em Instituto de Aposentadoria e Pensão (laps). O que antes era CAP de uma determinada empresa passou a ser um Instituto de Aposentadoria e Pensão de uma determinada categoria profissional (por exemplo: Iapi, Iapetec, IAPM etc). Cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho.

O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá. Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários.

Nos anos 50, outras categorias profissionais aderiram ao modelo dos laps, formando novos institutos e, consequentemente, novos serviços foram inaugurados para assistir os respectivos trabalhadores e seus dependentes. A política de saúde pública reforçou o investimento em centros e postos de saúde com seus programas verticalizados.

A instauração do governo militar no ano de 1964 determinou novas mudanças. Unificou os laps no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mas manteve o foco na assistência à saúde individual, pois as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde. Além disso, expandiu o modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados - o que serviu para

expandir o setor privado de clínicas e hospitais, assim como o consumo de equipamentos e medicamentos. Isto não garantiu a excelência na assistência à saúde.

Crise e Críticas ao Modelo Hegemônico

Em 1975 definiu-se um Sistema Nacional de Saúde em que as atividades de saúde pública continuavam desarticuladas da assistência médica individual. Esta década foi marcada por evidências dos limites da biomedicina. Uma dessas evidências foi quanto a pouca efetividade da ação da biomedicina no enfrentamento dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização. Esse foi um processo que ocorreu em vários países desenvolvidos concomitantemente. Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer.

Podemos recorrer a uma brincadeira para enumerar as dores mais freqüentes nas unidades de saúde. Primeiro a dor de cabeça, no início do mês, depois a de barriga, no meio do mês, e, a seguir, a 'dor do bolso', no final do mês. O que o sistema de saúde (ainda) faz com essas dores? Prescreve analgésicos para a primeira, vitaminas para a segunda e calmantes para a última. Não é por acaso que esses são os remédios mais vendidos no mundo!

O raciocínio clínico categórico, biomédico, de 'lesões objetivadas', teve de enfrentar indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, levando os profissionais de saúde a lançar mão freqüentemente, e sem crítica, de instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, em detrimento do cuidado aos doentes. Foi, portanto, vertiginosa a escalada dos custos dos Sistemas de Saúde, evidenciando, mais uma vez, os limites da biomedicina. Se compararmos as ações de atenção médica com ações em outros setores (saneamento, educação, emprego), veremos que os resultados obtidos pelas segundas, no que diz respeito ao aumento da expectativa de vida, é superior, com melhor relação custo/benefício.

A incorporação tecnológica em saúde, diferentemente de outros setores, não é substitutiva e nem poupadora de mão-de-obra. Cada novo equipamento lançado soma seus custos aos já existentes sem substituí-los ou baixar de preço pela disseminação de seu uso, como acontece com os demais aparelhos eletrônicos. Cada novo lançamento cria a necessidade de um especialista, um técnico e um auxiliar para fazer sua operação, o que aumenta os custos com mão-de-obra especializada. Há também as especulações tecnológicas,² ou seja, produtos e medicamentos, muitas vezes sem utilidade claramente definida, que substituem medicamentos tradicionais, aumentando o custo dos tratamentos, sem vantagens adicionais. Não é à toa que a chamada inflação médica é cerca de quatro vezes maior que nos outros setores da

² Sobre o conceito de tecnologia empregada no processo de trabalho em saúde, ver Abrahão, texto "Tecnologias: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro O Processo Histórico do Trabalho em Saúde, nesta coleção (N. E.).

economia. Isso não significa que devemos abandonar as tecnologias médicas, ao contrário, algumas tecnologias constituem importantes avanços para salvar e prolongar vidas, porém a racionalização de seu uso é imperativa.

Outro ponto que evidencia os limites da biomedicina é que quanto mais cara maior é a dificuldade de acesso para as populações com condições econômicas precárias, cujas demandas são as maiores dos serviços de saúde. Chamamos a isso de iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde.

Do ponto de vista tecnológico, ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras (dependem do uso de equipamentos) em detrimento das leves (relação profissional-paciente), ou seja, prima-se pelos exames diagnósticos e imagens fantásticas, mas não necessariamente cuida-se dos pacientes em seus sofrimentos. Entretanto, a biomedicina tornou-se o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil e em muitos países do mundo.

Propostas Alternativas

Nesse contexto dos anos 70, estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência que levassem em conta as questões anteriormente mencionadas. Prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente.

A mais difundida foi a de atenção primária à saúde ou medicina comunitária. Desde o início, porém, essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Havia os que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando a medicina comunitária como 'medicina pobre para os pobres', e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde. No Brasil, no final da década de 1970, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde à população em geral.

A partir da década de 1980, várias experiências de governo originaram correntes tecno-políticas que contribuíram sobremaneira na avaliação do que vinha sendo feito e na sugestão de elementos importantes na organização de modelos assistenciais coerentes com as escolhas técnicas, éticas e políticas daqueles que queriam a universalização da saúde.

Vários municípios organizaram redes de unidades de saúde para atenção primária com a ajuda das universidades, como Niterói, Londrina, Campinas, e outros. Essas experiências serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transformaram-se em objetivos a serem

perseguídos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS), tais como:

- . Atendimento universal . todo cidadão tem direito à atenção à saúde e é dever do Estado promovê-la.
- . A 'Atenção à saúde deve ser integral', ou seja, cada cidadão deve ser compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. As equipes de profissionais e a rede de serviços devem articular-se para garantir a oferta de intervenções em promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e controle de agravos e reabilitação dos doentes. A rede hierarquizada de serviços deve oferecer tecnologias, complementares entre si, em diversos níveis de complexidade, conforme a necessidade dos usuários. Em uma dimensão política, os setores do governo e da sociedade devem articular-se intersetorialmente em políticas que promovam a saúde e previnam agravos³. Os 'benefícios da política precisam ser distribuídos de forma a diminuir as desigualdades', promovendo a saúde daqueles que apresentam mais necessidades (eqüidade).
- . Toda 'essa organização, em seus diversos níveis, precisa ser discutida, acompanhada e avaliada no cumprimento de seus objetivos por estruturas de controle pela sociedade'. A lei 8.142, de 1990, garante a existência de conselhos de saúde em níveis municipal, estadual e nacional. A organização da sociedade pode e deve participar de instâncias de decisão locais-regionais e nacional, para o exercício do controle social. Este controle também é exercido cotidianamente pelos cidadãos ao utilizarem e avaliarem os serviços e as ações políticas que interfiram na qualidade de vida da população.

Várias alternativas foram sendo construídas ao longo da implementação do SUS, nos anos 90, como a Ação Programática ou Programação em Saúde; a versão brasileira de Sistemas Locais de Saúde (Silos); as Cidades Saudáveis ou Saudecidade e o Movimento em Defesa da Vida. Em relação às várias alternativas estudadas, verificamos certo consenso no que diz respeito à reformulação dos serviços de saúde:

- . A noção de território não é compreendida apenas do ponto de vista geográfico, mas como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história.⁴
- . A definição de problema de saúde é construída de maneira mais ampla que as doenças, por meio de uma sistematização de causas e consequências das situações que interferem na saúde da população, na programação de ações e na avaliação de seu impacto sobre problemas identificados.
- . Com a percepção das desigualdades regionais e microrregionais, são estabelecidas estratégias de forma que seja possível orientar propostas redistributivas de recursos visando à maior eqüidade.
- . A reorganização das práticas de saúde privilegiam uma abordagem interdisciplinar na qual a epidemiologia, as ciências sociais, a clínica, a educação em saúde e a política setorial, entre outros conhecimentos, possam articular-se na compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos.

³ Sobre sentidos da integralidade ver Ver Mattos (2001).

⁴ Sobre a noção de território, ver Monken e Barcellos, texto "O território na promoção e vigilância em saúde", no livro O Território e o Processo Saúde-Doença, nesta coleção (N. E.).

- . A ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários, compreendendo-os nos seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, resulta no desenvolvimento de ações que articulam a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos ou coletividades doentes e a vigilância à saúde (integralidade na abordagem).
- . A revisão dos conceitos clássicos de hierarquização de serviços, com base no reconhecimento da complexidade da atenção básica em suas relações com a população e seus problemas⁵ sanitários. O reconhecimento de que os problemas apresentados pelas populações, em especial na área urbana, requerem uma abordagem multiprofissional e uma articulação em rede (integralidade na rede de serviços).
- . A articulação do setor da saúde com os demais setores de governo na formulação de 'políticas saudáveis' para as cidades (intersetorialidade).
- . A gestão democratizada, tendo em vista a horizontalização dos organogramas e a construção de espaços coletivos de gestão, apontadas como alternativas para possibilitar maior participação dos trabalhadores e da população.

Existem, também, diferenças e lacunas, que podem ser evidenciadas se examinarmos os focos organizativos e a escolha de prioridades de atenção nos diferentes modelos tecnoassistenciais propostos:

- . Programação em saúde: propõe uma análise da situação de saúde por meio dos padrões de adoecimento, vulnerabilidade e risco de morte por doenças e agravos. Isso evidencia um caráter prescritivo ou normativo para os serviços no seu encontro com os usuários, ofertando uma programação que interpreta a população pela sua 'curva epidemiológica'. Esse saber é absolutamente necessário, mas, quando é utilizado para planejar o sistema de atenção e gestão, nos remete a uma atuação vertical e de produção de impactos sobre indicadores, enfraquecendo o olhar sobre a produção de acolhimento e escuta das pessoas em suas dificuldades pontuais ou difusas no modo de andar a vida.
- . Políticas intersetoriais: propõem uma análise da situação de saúde com base nas condições mais gerais de vida, destacando a necessidade das boas condições de acesso aos bens coletivos, ou seja, a tudo aquilo que entendemos como determinante da qualidade de saúde. Baseiam-se na proposta de promoção da saúde e enfatizam a necessidade de articulações intersetoriais, por exemplo, com as áreas de ambiente, educação, atividade física, urbanismo etc. Esse foco propõe aspectos essenciais para uma política de saúde, mas, quando utilizado para ordenar o sistema, oferece poucos elementos para a organização das práticas de atenção e da rede de cuidados, visando à garantia de acesso a todos os recursos assistenciais de que venham a necessitar pessoas e populações.
- . Promoção da saúde⁶: uma ampla conjugação do método epidemiológico com o de promoção da saúde, valorizando enormemente a educação em saúde como desenvolvimento da autonomia das pessoas e populações.

⁵ Sobre a noção de problemas de saúde, ver Silva, Batistella e Gomes, texto "Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da Equipe Saúde da Família", no livro O Território e o Processo Saúde-Doença, nesta coleção (N. E.).

⁶ Sobre promoção da saúde, ver Monken e Barcellos, texto "O território na promoção e vigilância em saúde", no livro O Território e o Processo Saúde-Doença, nesta coleção (N. E.).

Configura propostas que consideram os fatores determinantes ou condicionantes da qualidade de saúde, a necessidade de informações e conhecimentos para promover a autonomia e a necessidade de acesso às tecnologias do cuidado com produção de vínculo entre profissionais e equipes de saúde com os usuários.

. Integralidade: uma construção mais aberta e, além do reconhecimento de todos os fatores referidos aos demais desenhos (modelos), traz, como destaque, a necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde para a redução de danos e sofrimentos e prolongar a vida. Como integralidade, revela-se em defesa de que as tecnologias de saúde não sejam vistas como as de maior ou de menor importância e que não sejam hierarquizadas entre melhores e secundárias, mas vistas como recursos que precisam ser consumidos na hora certa e no espaço adequado, sejam as imunizações, os grupos com portadores de patologias, o diagnóstico por imagem ou laboratorial, as cirurgias ou os transplantes. Como se trata do sistema de saúde, o encontro com os usuários estende-se desde a participação no cuidado ao controle social sobre o setor.

A Construção dos Modelos Assistenciais do SUS

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão.

Entre estas questões, destacamos a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a idéia predominante envolve uma ‘imagem em pirâmide’ para a atenção à saúde, bem como a idéia da ‘complexidade crescente’ em direção ao topo. Hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde.

Supõe-se que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência (normas de fluxos de usuários na busca de alternativas de assistência).

Na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando jamais. Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas.

E por que tem sido tão difícil articular os diferentes serviços do sistema de saúde? Por que não se consegue assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades?

São várias as explicações. Por um lado, ao mesmo tempo em que se atribui um papel crítico à atenção básica, ela é desvalorizada. Segundo a noção formal da pirâmide, é possível organizar um sistema verticalizado, desenhado com uma base formada pela atenção básica e o topo pelos serviços de 'alta densidade tecnológica' (concentração de equipamentos e recursos técnicos).

De acordo com essa concepção, os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos e atendem às situações com maior risco de vida.

Nesse âmbito, têm grande valor os conhecimentos técnicos necessários, sobretudo ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, que são valorizados como verdadeiramente científicos.

Como, em geral, não há risco de morte e são poucos os equipamentos utilizados, os serviços básicos são entendidos como simplificados, portanto desvalorizados. Na verdade, enfrentam-se desafios tecnológicos muito complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais, com a diversidade cultural e com problemas de vida (relações sociais, violência urbana, gravidez indesejada ou em adolescentes jovens etc). Essa complexidade só pode ser enfrentada com a articulação dos conhecimentos biológicos com outros, advindos de campos como a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outros. No entanto, muitos admitem a possibilidade de que profissionais menos preparados sejam suficientes para dar conta dos problemas mais simples e para encaminhar os mais complicados. Não reconhecem a especificidade nem a complexidade envolvida nesse trabalho. Capacidade de reconhecer o contexto, capacidades de comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e de compreender diferentes valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções para situações aparentemente sem saída. Uma formação mais ampla e contextualizada. O trabalho em equipe multiprofissional e a articulação com outros setores são fundamentais para tudo isso, mas há pouca ênfase no desenvolvimento de tecnologias para trabalhar estas questões.

Um outro aspecto importante é que não se assegura a retaguarda necessária para garantir à atenção básica a capacidade de enfrentar efetivamente uma série de situações e agravos. Foi ampliada a cobertura da atenção básica, mas são sérias as limitações para exames laboratoriais e radiológicos ou para apoio nas áreas de reabilitação, saúde mental e outras, indispensáveis para a continuidade da atenção. Um serviço que não consegue assegurar esse tipo de apoio acaba se desmoralizando. Muitas pessoas preferem procurar diretamente os hospitais, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será menos complicado.

Em contrapartida, os hospitais estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo. Há,

também, um profundo desconhecimento sobre a atenção básica e seu potencial de cuidado. Como consequência, descontinuidade da atenção, ambulatórios sobrecarregados, população cativa.

A atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento.

Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas.

De outra parte, o conjunto da rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de andar a vida no local ou o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde. Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como 'malha de cuidado ininterrupto à saúde', e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos.

A maior parte das propostas tecnoassistenciais desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica. Mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde. Uma mudança importante será desenvolver práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar, tais como a incorporação da presença de acompanhantes e familiares na internação.

Outra mudança será visualizar os serviços básicos, os ambulatórios de especialidades e hospitais gerais ou especializados, formando um conjunto solidário, não hierarquizado e bem articulado de serviços, cujo objetivo seja garantir o melhor acolhimento possível e a responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Por fim, obviamente, é necessário fortalecer a atenção básica como lugar do mais amplo acolhimento às necessidades de contato com as ações e os profissionais de saúde. No lugar formal e burocrático da pirâmide, podem ser desenhados os mais diversos diagramas, dependendo de quais serviços já se dispõe, de quais as características da população e quais as possibilidades de investimento e apoio.

A estrutura e os processos de gestão também se constituem em grandes desafios. Ainda são incipientes os mecanismos que favoreçam a construção

coletiva de desenhos tecnoassistenciais. As instâncias formais de pactuação entre gestores⁷ (comissões intergestores), de participação dos trabalhadores (mesas de negociação) e de participação da população (conselhos de saúde) ainda se dedicam mais ao debate da organização e financiamento do sistema do que ao debate sobre a organização da atenção.

Investimentos na capacidade de escuta às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção parecem oferecer maior capacidade de viabilizar gestões participativas.

Há uma carência de processos de avaliação que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam avaliar, também, o desenvolvimento de políticas ou qualitativo das práticas e dos resultados. Alguns autores têm proposto outras abordagens que levam em conta a integralidade, o processo de trabalho e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários. Para que seja possível construir esse novo modo na gestão, atenção e controle social, precisamos de um outro perfil de trabalho e de trabalhadores.

Um problema de hipertensão arterial, por exemplo, tem de ser acolhido desde a orientação alimentar, com respeito às necessidades e possibilidades pessoais e dos locais de moradia, passando pela orientação e oportunidade de estar em grupo para abordar as questões subjetivas e do andar a vida até a cirurgia e recuperação de uma ponte de safena. Pensando nisto, alguns autores perceberam no espaço do cotidiano dos trabalhadores, em suas práticas e na organização dos processos de trabalho⁸ um potencial enorme de mudanças nos resultados das políticas de saúde. Na dimensão micropolítica da atenção à saúde é onde pode ocorrer, com mais efetividade, a reflexão sobre o ato de cuidar e a relação com a população usuária. Muitos estudos e experiências vêm-se acumulando neste sentido.

Considerações Finais

Pouco a pouco parece surgir a possibilidade de trazer aos serviços e à própria lógica de gestão setorial o componente mais subjetivo dos usuários, aquilo que para as pessoas são necessidades de saúde, mas que não se enquadram no referencial técnico-científico hegemonicó.

Novos modelos assistenciais precisam entrar em curso com referência na escuta aos usuários, na criação de dispositivos de escuta, decodificação e trabalho. Sabemos que hoje é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo os valores de compromisso com a produção de

⁷ Sobre as instâncias de pactuação no Sistema Único de Saúde, ver Machado, Lima e Baptista, texto “Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde”, no livro Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde, nesta coleção (N. E.).

⁸ Sobre processo de trabalho em saúde, ver Ribeiro, Pires e Blank, texto “A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família”, no livro O Processo Histórico do Trabalho em Saúde, nesta coleção (N. E.).

atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lugares. Embora muitas formas de modelagem permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde pela educação permanente em saúde, pelo menos no que diz respeito à modelagem dos 'corações e mentes'.

Como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde.

Bibliografia

CAMPOS, G. W. S. Reforma de Reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.) Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul.-set., 1997.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.

BRASIL. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MERHY, E. E. & ONOKO, R. (Orgs.) Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PEDUZZI, M. & PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.) Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2004.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Construção Social da Demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2005.

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A. & SILVA JÚNIOR, A. G. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.) Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

SILVA JÚNIOR, A. G. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E. & CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2003.

SILVA JÚNIOR, A. G. & MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2004.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. & ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Construção Social da Demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2006.

STOTZ, E. N. Necessidades de Saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórica-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde), 1991. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.