

Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde¹.

Jairnilson Silva Paim²

Introdução.

A reflexão sobre modelos assistenciais no Brasil desenvolve-se com a crítica elaborada sobre a organização dos serviços de saúde, a partir da década de setenta e, especialmente, com a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira que possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição de 1988.

A análise do desenvolvimento das políticas de saúde ao longo da República e das suas repercussões sobre modos de intervenção nos problemas e necessidades de saúde, particularmente no que se refere à organização dos serviços e à utilização de tecnologias, permitiu identificar distintas formas de atuar sobre a realidade de saúde: as *campanhas sanitárias* que emergiram na Primeira República; o *modelo médico-assistencial privatista* que se conforma com o desenvolvimento da medicina previdenciária; os *programas especiais* que se instauram diante da crise sanitária dos anos setenta e, nessa mesma conjuntura, os modelos de *vigilância epidemiológica* e de *vigilância sanitária*, institucionalizados sob lógicas, legislações e estruturas distintas (Paim & Teixeira, 1993; Souto, 1996) .

Essas formas diversas de atuar sobre a realidade de saúde contrastavam, no entanto, com o corpo doutrinário da Medicina Preventiva que se difundiu no pós-guerra, centrado na concepção de integralidade da atenção. O chamado paradigma da história natural das doenças, dispondo de uma pré-patogênese e de uma patogênese (Leavell & Clark, 1976), possibilitava pensar a *prevenção da ocorrência* e a *prevenção da evolução* das doenças (Hilleboe & Larimore, 1965). Assim, no clássico diagrama da história natural das doenças acoplavam-se cinco níveis de prevenção: promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação. Tais níveis foram sintetizados na prevenção primária (medidas inespecíficas ou de promoção e específicas

¹ Notas para discussão nos **Seminários Temáticos Permanentes**. ANVISA/ISC-UFBA. Brasília, 28/3/2001.

² Professor Titular de Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador 1-A do CNPq.

ou de proteção), na prevenção secundária (recuperação da saúde) e na prevenção terciária (reabilitação).

Parte do dilema da Medicina Preventiva (Arouca, 1975) estava associado à dificuldade de operacionalizar esses níveis de prevenção em sistemas de saúde estruturados sob lógicas e interesses diversos daqueles referidos à prevenção. No caso brasileiro, desde os anos vinte a organização sanitária teve origem e desenvolvimento de forma dicotômica: saúde pública, de um lado, e medicina previdenciária e liberal, de outro. Mesmo assim, um novo movimento de reforma em saúde difunde-se a partir dos Estados Unidos nos anos sessenta que buscava racionalizar as práticas de saúde para populações excluídas da medicina privada e não contempladas integralmente pela saúde pública. Com efeito, o movimento da Medicina Comunitária pautava-se pelo princípio da integralidade da atenção, associado a propostas racionalizadoras tais como regionalização e hierarquização de serviços, tecnologias simplificadas, utilização de pessoal auxiliar, participação da comunidade, etc. Muitos dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde e dos programas especiais voltados para grupos populacionais e específicos, implantados no Brasil nos anos setenta, foram influenciados pelo corpo doutrinário da medicina comunitária e respaldados, posteriormente, pela Declaração de Alma Ata e pela proposta de Saúde para Todos no ano 2000 (SPT-2000).

Todavia, a crise do setor saúde no Brasil persistia na década de oitenta de modo que o movimento sanitário que se engendrou na sociedade não se limitou a elaborar propostas racionalizadoras. Ao contrário, o projeto da Reforma Sanitária, inspirado na questão da radicalização da democracia, propunha uma totalidade de mudanças que passava pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando, em última análise, a reorganização das práticas de saúde. A compreensão de que a saúde da população é resultante da forma com que a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômica, política e cultural, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde. Desse modo, incorporou-se à Constituição da República a seguinte definição de saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196).

Nessa perspectiva, caberia pensar um conjunto articulado de intervenções sociais e econômicas voltadas para a *redução de riscos*,

além da implantação de um *Sistema Único de Saúde* no qual as ações e serviços públicos de saúde integrariam uma *rede regionalizada e hierarquizada* e que obedeceria as seguintes diretrizes:

- i- *descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- ii- *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- iii- *participação da comunidade.*

Presentemente, pode-se afirmar que muito se avançou na *descentralização* através da política de municipalização das ações e serviços de saúde, bem como em relação à *participação da comunidade*, mediante os conselhos e conferências de saúde. Entretanto, a diretriz da integralidade da atenção não obteve o mesmo empenho político-institucional. Na última década, talvez mereça alguma menção o esforço acadêmico de refletir sobre modelos de atenção e de experimentar algumas propostas de ação privilegiando o ato de cuidar e intervenções sanitárias potencialmente mais integrais e efetivas. Desse modo, o objetivo do presente texto é sistematizar certas iniciativas voltadas para a mudança das formas de intervenção sobre a situação de saúde no Brasil, particularmente no que se refere às ações de promoção e de proteção da saúde.

1. Incorporando a proteção e a promoção da saúde

Os desafios postos pela situação de saúde, ao lado dos estudos sobre políticas e sistemas de serviços de saúde no Brasil e das discussões internacionais sobre reformas em saúde e estratégias para a SPT-2000, impuseram, a partir da segunda metade da década de oitenta, uma reflexão teórica sobre modelos assistenciais e o desenvolvimento de modelos de atenção alternativos.

Os estudos sobre tecnologias e organização social das práticas de saúde forneceram, inicialmente, elementos teóricos para repensar as ações programáticas em saúde no âmbito dos serviços e estabelecimentos, embora não tenham privilegiado uma articulação com as medidas de promoção e proteção da saúde (Schraiber, 1990). No início da década de noventa, ao se discutir a epidemiologia na organização dos serviços (Schraiber, 1993) e a reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (Paim & Teixeira, 1993) tornou-se possível conceber um diagrama que permite orientar tal articulação mediante uma proposta de ação denominada de *vigilância da saúde*, conforme o diagrama apresentado em anexo.

Ao se considerar a possibilidade de intervenções voltadas para o controle de danos, de riscos e de causas (determinantes sócio-ambientais e necessidades sociais), pensava-se na perspectiva de incorporar a promoção e a proteção da saúde ao conjunto articulado de medidas adotadas pelo SUS. Assim, as ações programáticas de saúde e a oferta organizada em estabelecimentos de saúde poderiam se articular com as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e da assistência médico-hospitalar. Do mesmo modo, tais ações setoriais seriam capazes de se integrarem à intervenção social organizada e às políticas públicas transeitoriais que configuram o espaço da promoção da saúde. Este esquema, tendo como referência o campo da Saúde Coletiva, ainda seria capaz de dialogar com os cinco níveis de prevenção de Leavell & Clark (1976), concebidos para o âmbito individual.

Com base nesse diagrama verifica-se que a vigilância sanitária corresponderia a um conjunto de ações voltadas para o **controle de riscos**. Tal perspectiva permite situá-la mais próxima ao espaço da proteção da saúde. O esquema sugere, também, uma proximidade em relação às políticas públicas transeitoriais, relacionadas com o espaço da promoção da saúde. Ainda que a vigilância sanitária encontre-se circunscrita aos riscos e ao seu controle, ou seja, proteção da saúde, as propostas recentes de intervenção sobre os determinantes sócio-ambientais e as necessidades sociais tendem a aproximá-la do âmbito da promoção da saúde. Nesse particular, suas ações de *advocacy* e de defesa da saúde, bem como sua possível articulação com as políticas públicas transeitoriais, permitiriam a ampliação do seu escopo para a promoção da saúde.

Do mesmo modo, se as políticas econômicas, sociais e ambientais puderem ser formuladas na perspectiva da **proteção da saúde**, isto é na redução ou na eliminação de riscos, políticas públicas transeitoriais voltadas para a qualidade de vida, a paz e a cidadania tenderiam a contribuir para a **promoção da saúde** na sua concepção mais recente, desde a Conferência de Ottawa em 1986 (Buss, 2000). Desse modo, torna-se compreensível certos movimentos da vigilância sanitária no Brasil na tentativa de ampliar o seu espaço de atuação desde a proteção para a promoção da saúde exigindo, conseqüentemente, uma revisão do pensamento sobre modelos assistenciais.

3. Sistematização dos modelos de atenção ou de intervenção

Modelos de atenção a saúde ou *modelos assistenciais* têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades

sociais de saúde. Existem, certamente, outras definições e concepções para esses termos (Paim, 1999), mas não cabe aqui uma discussão exclusivamente acadêmica. Trata-se de repensar as práticas convencionalmente denominadas de vigilância sanitária no sentido da proteção e da promoção da saúde.

Alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país tais como a oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, as ações programáticas de saúde, saúde da família, etc. (Paim, 1999). Ainda assim, merecem ser debatidas, permanentemente, as seguintes questões: quais alterações seriam necessárias nos **modelos de atenção ou de intervenção** para melhor identificar e superar as iniquidades, bem como responder às necessidades sociais em saúde? como assegurar a integralidade da atenção às necessidades prioritárias em saúde mediante ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras com qualidade, efetividade, e equidade? Como desenvolver a estratégia da promoção em saúde e como lhe dar um alcance intersetorial efetivo enquanto motor de formulação de políticas públicas capazes de gerar qualidade de vida? Como organizar e integrar as ações de vigilância sanitária ao conjunto das intervenções do sistema de saúde, para proteger a qualidade de vida das pessoas e garantir a qualidade dos produtos, serviços e ambientes, fundamentais para o cuidado à saúde? Como garantir que as necessidades sociais definam os parâmetros operacionais do modelo assistencial, que por sua vez orientem as opções do modelo de gestão?

Interessa discutir como combinar, da forma mais adequada possível, os meios técnico-científicos existentes para promover a saúde, entendida como qualidade de vida, e resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos (proteger, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas e das coletividades).

Tem sido reconhecido que o modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta) apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Já o modelo sanitarista (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, etc.), voltado para o atendimento de necessidades, tem enfrentado dificuldades para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, efetividade e equidade.

Visando subsidiar os debates da 11^a Conferência Nacional de Saúde (11^a CNS), Teixeira (s/d) elaborou um estudo problematizando os limites dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e as possibilidades de expansão e fortalecimento de experiências alternativas em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Admite que eles *"apresentam uma certa "inércia", na medida em que se institucionalizam em políticas e práticas sociais que reproduzem interesses econômicos e políticos de grupos profissionais, empresas, corporações e elites políticas, por vezes distanciados dos interesses e necessidades da maioria da população"*.

Mesmo assim, a autora destaca a pertinência de reafirmar as finalidades ou propósitos da atenção à saúde:

"trata-se de superar o modelo centrado na atenção à "demanda espontânea", de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços. Ou seja, a prioridade se desloca do eixo "recuperar a saúde de indivíduos doentes", para "prevenir riscos e agravos" e "promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais". Implica conhecer os problemas de saúde e seus determinantes, ou seja, implica em organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os "efeitos" dos problemas (doença, incapacidade e morte) mas sobretudo as ações e serviços que incidem sobre as "causas" (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais."

Nesse particular, a autora destaca os seguintes modelos de atenção ou de intervenção:

- **Ações programáticas de saúde:** utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas. (Schraiber, 1990, 1993, 1995, 1996).
- **Programas de Saúde da Família:** incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários.
- **Acolhimento:** estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implica mudanças na "porta de entrada" da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na

“releitura” das necessidades sociais de saúde da população (Merhy, 1994; Cecílio, 1994; Merhy, 1997).

- **Vigilância da Saúde:** *inclui o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar. (Mendes, 1993, 1994; Teixeira, 1994; Vilasboas,, 1998).*
- **Cidades saudáveis:** *implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (Westphal, 1997; Malik, 1997, Keinert, 1997; Ferraz, 1999; RADIS, 2000).*
- **Promoção da saúde:** *as medidas de promoção se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de Educação e Comunicação em saúde e na formulação de “políticas públicas saudáveis” nas várias esferas de governo – nacional, estadual e municipal. (Ferraz, 1993, 1998).*

A opção por determinado modelo de atenção deve levar em consideração a necessidade de se tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas de saúde da população (riscos e danos), bem como seus determinantes. Nesse particular, caberia *“articular concepções, propostas e estratégias que já vem sendo desenvolvidas, destacando a importância da superação do modelo médico assistencial privatista e a construção de um modelo integral que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, ao tempo em que resgate dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado à saúde das pessoas e dos grupos da população brasileira”* (Teixeira, s/d).

4. Repensando os modelos de atenção (ou de intervenção)

Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma **razão de ser** – uma racionalidade. É uma espécie de “lógica” que orienta a ação. **Modelo de atenção à saúde** ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar **técnicas**

e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os **meios de trabalho** (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os **meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde** individuais e/ou coletivos. Corresponde à **dimensão técnica** das práticas de saúde. Incorpora uma **“lógica” que orienta as intervenções** técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde).

No caso da vigilância sanitária, a Lei 8080/90 circunscreve a sua atuação no que diz respeito aos riscos. Estaria voltada para produtos, serviços e ambientes que possam interferir direta ou indiretamente sobre a saúde. Segundo Costa (1999), *“as ações de Vigilância Sanitária respondem a necessidades sanitárias geradas nos sistema produtivo vigente que cria situações de riscos e danos à saúde individual, coletiva e ambiental, visto que abrange produtos, serviços e atividades que direta ou indiretamente têm relação com a saúde”* (Costa, 1999:55). Nessa definição, constata-se que as práticas de saúde relacionadas com a vigilância sanitária tomam como objeto necessidades sociais, ainda que referidas a riscos criados pelo sistema produtivo.

Se bem que o recurso ao conceito epidemiológico de risco possibilite um reforço à racionalidade técnico-sanitária nas suas práticas, trata-se de um tópico ainda controverso na própria Epidemiologia (Ayres, 1997). Com o mesmo termo podem existir outras conotações em áreas distintas, como engenharia, direito, ecologia, etc. Daí uma certa dificuldade em aceitar exclusivamente o **risco** como objeto das práticas de vigilância sanitária, pois mesmo em epidemiologia trata-se de uma mera probabilidade. Ademais, *“o conceito de risco tem freqüentemente apresentado ‘custos’ técnicos, sociais e políticos superiores a seus benefícios”* (Ayres, 1996:5). Alternativamente, a noção de vulnerabilidade tem sido proposta na perspectiva das ações preventivas para orientar certas intervenções em situações em que não se configura, rigorosamente, um risco epidemiológico, evitando-se, também, certas estigmas vinculados aos chamados “grupos de risco” (Ayres, 1996).

Considerar as necessidades sociais como objeto da vigilância sanitária significaria um recorte demasiadamente amplo que poderia dificultar a delimitação desse âmbito de ação, não permitindo visualizar os meios de trabalho e o trabalho propriamente dito que constituem essa prática.

Na medida em que a vigilância sanitária tenha como finalidade a qualidade de vida da coletividade, poder-se-ia considerar, para os fins

de uma discussão preliminar, os **meios de vida** como possível objeto das práticas de vigilância sanitária. Para Marx (1975), o homem necessita possuir meios de vida, além dos meios de produção. Assim, o estado de saúde, as energias, os nutrientes, (e poderíamos acrescentar contemporaneamente os medicamentos, tecnologias, ambientes, etc.) constituem-se **meios de vida** consumidos e incorporados no processo de produção. Ou seja, *“para a sua conservação o ser vivente necessita de uma certa soma de meios de vida”* e *“o valor da força de trabalho é o valor dos meios de vida necessários para assegurar a subsistência de seu possuidor”* (Marx, 1975:124). Portanto, os **meios de vida** configuram parte das necessidades sociais que se constituem em objeto ampliado das práticas de saúde. E a vigilância sanitária, ao tomar como objeto os **meios de vida**, participa da divisão técnica do trabalho em saúde com uma contribuição específica.

Embora no texto citado o autor não faça referência às necessidades sociais e sim às necessidades naturais, enfatiza que estas são um produto histórico:

“as necessidades naturais, o alimento, o vestuário, a calefação, a habitação, etc., variam de acordo com as condições do clima e as demais condições naturais de cada país. Ademais o volume das chamadas necessidades naturais assim como o modo de satisfazê-las, são um produto histórico que depende portanto, em grande parte, do nível de cultura de uma país e, sobretudo, entre outras coisas, das condições dos hábitos e das exigências com que se haja formado a classe de trabalhadores livres” (Marx, 1975:124).

O modo de satisfazer essas necessidades sociais expressas em ameaças de deterioração dos meios de vida, e que depende em parte da cultura de um país, é que vai caracterizar, em cada situação histórica, um dado formato de vigilância sanitária. O risco ou a vulnerabilidade representariam apenas noções que indicariam a deterioração ou ameaça de comprometimento dos **meios de vida**. Nesse particular, uma listagem não exaustiva de riscos incluiria:

- a) riscos ambientais: vetores, água (consumo e mananciais hídricos), esgoto, lixo (doméstico, industrial), poluição do ar, do solo e de recursos hídricos, transporte de produtos perigosos, etc.
- b) riscos ocupacionais: processo de produção, substâncias, intensidade, ritmo e ambientes de trabalho;

- c) riscos sociais: transporte, alimentos, substâncias psicoativas, violências, grupos vulneráveis, necessidades básicas insatisfeitas, etc.
- d) riscos iatrogênicos: medicamentos, infecções hospitalares, sangue e hemoderivados, radiações ionizantes, tecnologias médico-sanitárias, procedimentos e serviços de saúde;
- e) riscos institucionais: creches, escolas, clubes, hotéis, motéis, portos, aeroportos, fronteiras, estações ferroviárias e rodoviárias, etc. (Paim & Teixeira, 1993).

Conseqüentemente, a vigilância sanitária aciona um conjunto de meios de trabalho (tecnologias) para proteger os **meios de vida** e satisfazer parte das necessidades sociais. E essa combinação de tecnologias, dependente de cada contexto histórico e do desenvolvimento científico, configuraria distintos *modelos de atenção ou de intervenção*.

No que se refere às políticas de saúde, caberia apontar para processos de mudança nos procedimentos técnicos de prestação de serviços, no uso das tecnologias disponíveis, na integração de saberes e conhecimentos, bem como nas formas de utilização dos recursos e de concretizar a participação social. Nessa perspectiva, as diretrizes do SUS estão a exigir um enfoque mais global das ações de saúde agrupadas de acordo com o conjunto dos problemas da população, sendo executadas de modo integral, evitando-se as intervenções por patologias ou programas isolados. Os serviços deveriam ser organizados para produzir mudanças no perfil epidemiológico, a partir das necessidades e problemas de saúde (riscos e danos) coletivos e individuais, valendo-se de modelos assistenciais mais abrangentes a exemplo da vigilância da saúde.

A produção de conhecimentos no campo da Saúde Coletiva parece encontrar-se em condições de apoiar processos decisórios nos âmbitos da formulação de políticas de saúde, da organização do sistema e na seleção de intervenções para a solução de problemas específicos (Paim & Almeida Filho, 2000). No caso da vigilância sanitária, caberia qualificar os **meios de vida** a serem defendidos, considerando os riscos e a vulnerabilidade das distintas populações, e combinar as tecnologias pertinentes à proteção e à promoção da saúde. Tal combinação pode ser pensada no interior do seu lugar institucional, enquanto área interdisciplinar por excelência, e também na associação com outras tecnologias disponíveis na vigilância epidemiológica, nas ações programáticas em saúde, na oferta organizada e na assistência médica hospitalar como sugere o diagrama do modelo assistencial da vigilância da saúde.

A vigilância da saúde por atuar sobre problemas (danos, riscos e determinantes) que requerem atenção e acompanhamento contínuos, mediante articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas sobre o território a partir de operações intersetoriais, poderia ser acionada para o enfrentamento de problemas e necessidades selecionados, combinando saberes e tecnologias de diferentes campos de ação.

Teixeira et al, (1998) ao defenderem a proposta de ação da vigilância da saúde reconhecem uma *racionalidade técnico-sanitária*, fundada na epidemiologia e na clínica, que tem justificado a existência da vigilância epidemiológica e uma *racionalidade político-jurídica*, fundada nas normas que regulamentam a produção, distribuição e o consumo de bens e serviços (Costa, 1999) que tem orientado, predominantemente, a vigilância sanitária. Contudo, questionam a institucionalização desses modelos como órgãos separados, particularmente no âmbito municipal. Tal questionamento se fundamenta no fato de a **vigilância sanitária** ser um âmbito de ação fundamentalmente interdisciplinar que pode se beneficiar em grande escala do saber epidemiológico, juntamente com outras ciências da vida e sociais, na construção das suas bases técnico-científicas e na criação de novos modelos de atenção e de intervenção.

5. Comentários finais

A reformulação do pensamento em torno dos modelos assistenciais no sentido de incorporar a proteção e a promoção da saúde não deve eludir os limites dos conceitos da saúde e da doença (Almeida Filho, 2000), o que *"implica em mudanças abrangentes na maneira pela qual o conhecimento científico se relaciona com, e é usado para, a formulação e organização das práticas sanitárias"* (Czeresnia, 1999:701). Cabe ressaltar que enquanto a prevenção é entendida usualmente pela Saúde Pública como intervenção voltada para evitar a ocorrência de um problema específico, a promoção da saúde é definida mais amplamente, pois não está dirigida para uma dada doença ou agravo mas serve para incrementar a saúde e o bem-estar. Essa distinção se faz necessária para repensar e redirecionar as práticas em saúde pública no sentido de superar *"inconsistências ou áreas nebulosas na operacionalização dos projetos de promoção, que nem sempre conseguem se diferenciar das práticas preventivas tradicionais"* (Czeresnia, 1999:701).

Da prevenção da doença à promoção da saúde, o modelo da vigilância da saúde pode ser uma alternativa em defesa da saúde e da melhoria

das condições de vida *“constituindo-se, de fato em uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) população(ções) em cada país, estado ou município”* (Teixeira, 2000:90). Consequentemente, a busca de modelos de intervenção mais abrangentes requer, de um lado, uma reflexão sobre os fundamentos teóricos e epistemológicos que sustentam as novas **propostas de ação** e, de outro, uma análise escrupulosa da situação concreta, no sentido de contextualizar cada intervenção concebida para que possa produzir os efeitos desejados sobre a realidade.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N. **Modelos de saúde-doença: Preliminares para uma teoria geral da saúde**. Salvador, 2000. 26p.+anexos.
- AROUCA, A.S. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975 (Tese de Doutorado).
- AYRES, J.R de C.M. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. Casa da Edição, 1996, 20p.
- AYRES, J.R de C.M. **Sobre o risco. Para compreender a epidemiologia**. HUCITEC, São Paulo, 1997. 327p.
- BUSS, P. **Promoción de la Salud y la Salud Pública. Una contribución para el debate entre las escuelas de salud publica de America Latina y el Caribe**. Rio de Janeiro, 2000 (manuscrito).
- CECÍLIO, L (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1994, 334 p.
- COSTA, E. **A Vigilância Sanitária: defesa e proteção da saúde**. HUCITEC-SOBRAVIME, , São Paulo, 1999, 460p.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública**, 15(4), 701-709;1999.
- FERRAZ, S. T. A pertinência da adoção da filosofia de Cidades Saudáveis no Brasil ,**Saúde em debate**, 41, dez 1993, Londrina, Paraná, p. 45-49
- FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas **RAP**, Rio de janeiro 32 (2): 49-60, mar/abr. 1998
- FERRAZ, S. T. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Paralelo 15, Brasília, 1999, 103 p.

HILLEBOE, H.E. & LARIMORE, G.W. **Medicina Preventiva. Princípios de prevenção aplicáveis à ocorrência e à evolução das doenças.** SERPEL, São Paulo, 1965. 840p.

JUNQUEIRA, L. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade **Saúde e sociedade** 6(2): 31-46, 1997

JUNQUEIRA, L. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **RAP**, Rio de Janeiro 32 (2): 11-22, mar/abr. 1998

KEINERT, T. M. M. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades saudáveis" **Saúde e sociedade** 6(2): 55-64, 1997

LEAVELL, H. & CLARK, E.G. **Medicina Preventiva.** Editora Mcgraw-Hill do Brasil, Ltda./MEC. Rio de Janeiro, 1976.p.11-36.

MALIK, A M. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. **Saúde e sociedade** 6(2): 19-30, 1997

MARX, K. **El capital. Critica de la Economia Política.** Vol. I. Fondo de Cultura, México, 1975. p.120-129.

MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo - Rio de Janeiro. HUCITEC - ABRASCO, 1993.

MENDES, E. V. *A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário*, **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, nº 10, OPS, Brasília, 1993, p. 7-19

MENDES, E. V. (org.) Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, no. 13, OPS, Brasília, 1994, 109 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF, Brasília, 2000, 65 p.

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

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

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. de **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva.** Casa da Qualidade Editora, Salvador, 2000, 125p.

PAIM, J.S. & TEIXEIRA, M. da G.L.C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. In:

Brasil.MS.FUNASA.CENEPI. Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Anais**, Brasília, 1993, p.93-144,

POLÍTICA Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Revista Saúde Pública**, 200:34 (4): 427-30, 2000.

RADIS (TEMAS) Cidades Saudáveis, Radis n.º 19, FIOCRUZ, maio de 2000.

RIBEIRO, R C A construção de um municípios saudável: descentralização e intersetorialidade: a experiência de Fortaleza. **Saúde e sociedade** 6(2): 47-54, 1997

SCHRAIBER, L. (org) **Programação em Saúde hoje**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1990, 226 p.

SCHRAIBER, L.B. *Epidemiologia em Serviços: uma tecnologia de que tipo?* In: MS.FNS. CENEPI. **Informe Epidemiológico do SUS**, ano 2, no. 3, mai/jun de 1993, p. 5-32

SCHRAIBER, L. B. *Políticas públicas e Planejamento nas práticas de Saúde*. **Saúde em Debate**, no. 47, CEBES, junho de 1995, p. 28-35

SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B. e GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. HUCITEC, São Paulo, 1996, 286 p.

SOUTO, A.C. **Saúde e política. A Vigilância Sanitária no Brasil:1976-1994**. (Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia) 1996.

TEIXEIRA, C. F. **O futuro da prevenção**. Casa da Qualidade Editora, Salvador, 2000, 115p.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**, s/l;s/d, p.261-281.

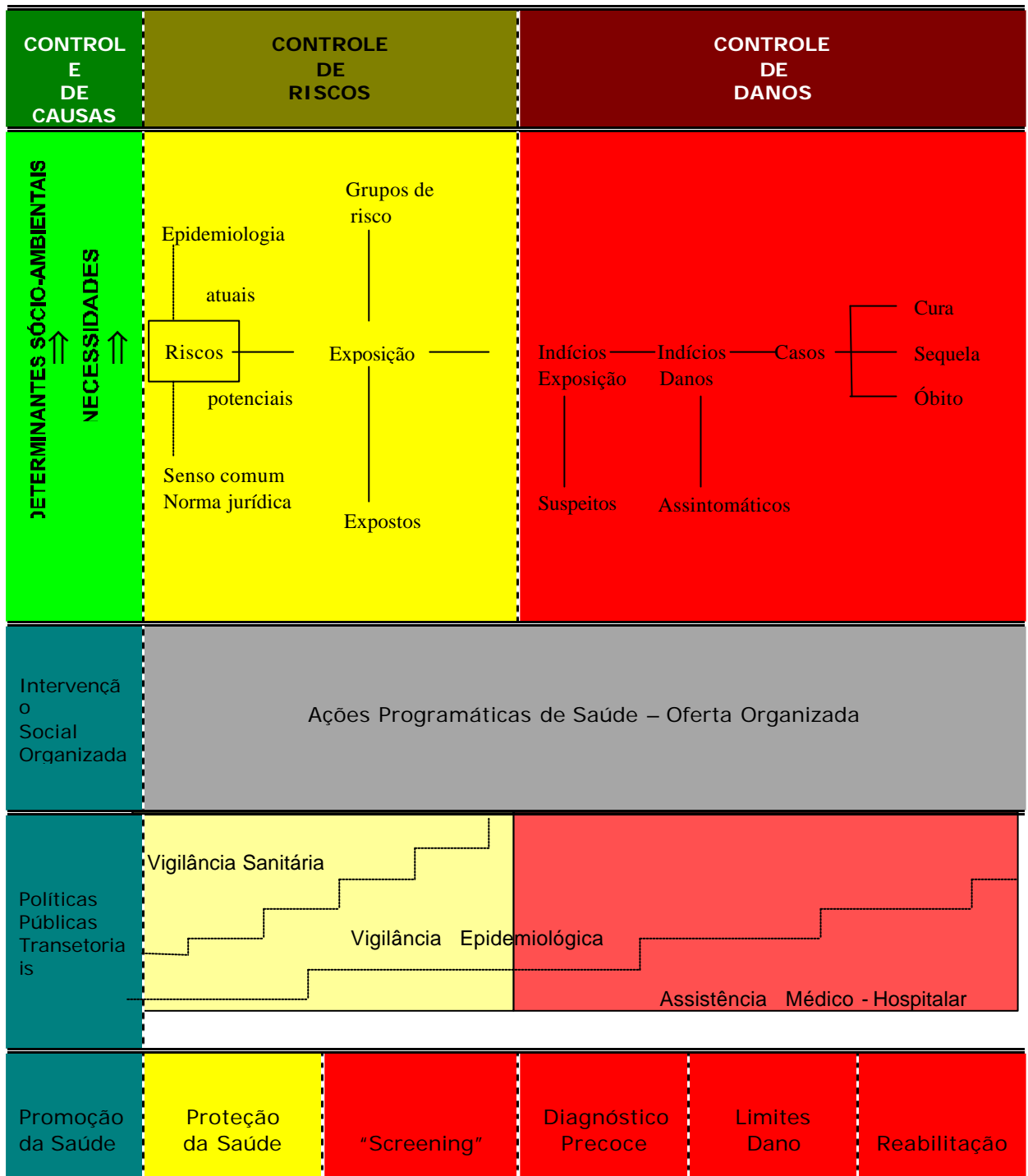
TEIXEIRA, C. F. *A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário*. In: MENDES, E. V. (org.) Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário, OPS. **Série Desenvolvimento de serviços de saúde**, nº 13, Brasília, 1994, p. 43-59

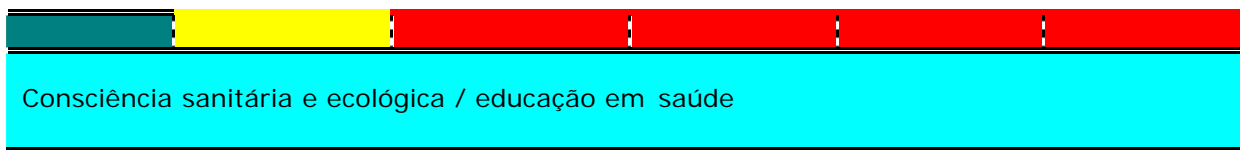
TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILASBOAS, A L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, vol. VII (2) CENEPI/MS, Brasília DF, 1998.

VILASBOAS, A. L. **Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima** (dissertação de Mestrado). ISC-UFBA, Salvador, out. de 1998, 114 p. e anexos

WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Saúde e sociedade** 6(2): 9-18, 1997

Anexo – DIAGRAMA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE





Consciência sanitária e ecológica / educação em saúde

Fonte: PAIM, J.S. 1999