

XVII Curso de Especialização em Saúde Pública

Modelos de Atenção à Saúde

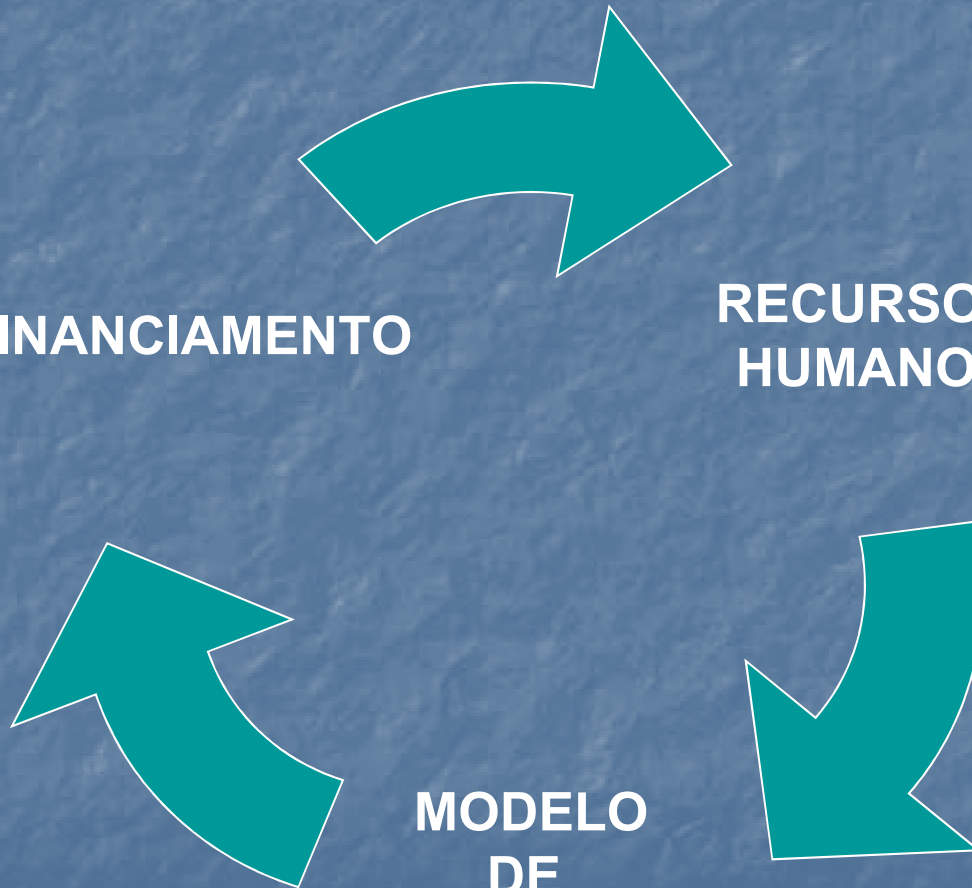
Campo Grande, 11/05/2012

DILEMAS DO SUS

FINANCIAMENTO

RECURSOS
HUMANOS

MODELO
DE
ATENÇÃO



MODELOS ASSISTENCIAIS

- Conceitos

- como imagem exemplar/ molde para reprodução
- como lógica estruturante e processual/histórica



Sujeitos, saberes, tecnologias e organização de práticas de atenção à saúde

DEBATES SOBRE MODELOS ASSISTENCIAIS NO MUNDO

- 1974: Reunião de Ministros de Saúde das Américas
- 1978: Declaração de Alma Ata

Modelo Assistencial
↑ custos e
↓ impacto

Estratégia da APS
(OMS, 1979)

- 1986: Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Carta de Ottawa
- 1988–1990(OPS): Componentes preventivo, recuperativo e promoção)



Modelos Assistenciais

- Combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde de distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais, etc).

Diagrama de Transição Para Novo Modelo Assistencial



Teixeira, Paim e Vilasboas 1998

Discussão sobre Modelos de Atenção no SUS

- ✓ Tema central da X CNS: “ Modelo de Atenção à Saúde voltado para a qualidade de vida”
- ✓ NOB/01/96: esforço para a descentralização das ações e serviços de saúde com propostas de mudanças nos Modelos de Atenção.
- ✓ NOAS/MS : oportunizar e racionalizar o acesso do usuário garantindo um conjunto de ações e serviços de saúde o mais próximo da sua residência. Pretende atender aos princípios da integralidade e equidade tendo como estratégia a hierarquização e regionalização da assistência.

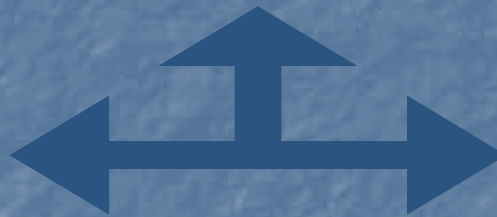
Os Modelos Assistenciais e as Práticas de Saúde no SUS

Duas Tendências

Reprodução dos Modelos Hegemônicos



- Modelo Médico Assistencial Privatista
- Modelo Assistencial Sanitarista



Construção de Modelos Alternativos



- Vigilância da Saúde
- Cidades Saudáveis
- Promoção da Saúde
- Estratégia de Saúde da Família
- Ações Programáticas
- Redes de Atenção à Saúde

Modelos Hegemônicos

Propósitos e Finalidades

Modelo Médico Assistencial Privatista

- ✓ É voltado p/ a “demanda espontânea”;
- ✓ É predominantemente curativo;
- ✓ A organização de recursos para a oferta é condicionada pela pressão da demanda e/ou pela oferta muitas vezes coerente com interesses mercantis.

Modelo Sanitarista

- ✓ Concentra a atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente com risco de adoecer e morrer;
- ✓ Enfrenta os problemas de saúde através da realização de campanhas e de programas especiais de saúde pública.
- ✓ Não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços

Modelo Médico-Assistencial Privatista

- Demanda espontânea de indivíduos que buscam Sistema de Saúde (SS) por “livre iniciativa”.
- Reforça busca do SS quando doente.
- Preocupação serviço: manter dada oferta
 - Pressão espontânea e desordenada da demanda condiciona organização de recursos para oferta
 - Oferta pode condicionar demanda
- Está presente também em serviços públicos
- Curativo e incapaz de alterar níveis de saúde de uma população de modo significativo

Modelo Assistencial Sanitarista

- Campanhas
 - Temporárias, administração centralizada, “apagar incêndios”
- Programas
 - Conjunto de recursos e atividades visando objetivos bem definidos
 - Administração única e vertical, caráter mais permanente
 - Geridos verticalmente tendem a criar problemas na ponta

Modelos Assistenciais Alternativos

Propósitos e Finalidades

✓ Os serviços são voltados, fundamentalmente, para as necessidades de saúde, onde os principais problemas devem ser identificados na comunidade mediante estudos epidemiológicos que orientam uma “oferta organizada”, em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários e, conseqüentemente, uma reorientação da demanda (Paim, 1999).

Modelos Assistenciais Alternativos

- Visam integralidade da atenção e impacto sobre problemas de saúde
- Buscam concretizar princípios e diretrizes da CF e da Lei do SUS
 - Ex: SUDS e distritos sanitários
 - Exigem mudanças: atender demanda espontânea e “oferta organizada” com base em prioridades (enfoque epidemiológico)
 - Programas especiais são substituídos por oferta organizada baseada em estudos epidemiológicos
 - Embute noções de território, integralidade da atenção e impacto epidemiológico

Modelos Assistenciais Alternativos

- Requer novas metodologias por parte dos órgãos centrais do sistema de saúde
 - Ao invés de programas verticais, normas técnicas para grupos populacionais e agravos prioritários
 - Planejamento com descentralização, com níveis intermediários e locais com autonomia relativa para formular planos operativos e adequar normas de acordo com as situações
 - Oferta organizada pode concretizar-se em ações programáticas, definidas em nível local

Características dos MAA

✓ Oferta Organizada ou Oferta Programada

- Atenção setorial no interior de estabelecimentos de saúde.
- Pode tomar formas de ações programáticas nos modelos centrados em problemas ou necessidades. Ex:
 - Estratégias de Saúde da Família
 - Vigilância em saúde
 - Políticas públicas saudáveis
- Ações intersetoriais ou transsetoriais: serviços de saúde, entidades comunitárias, sindicatos, ONGs, etc

Características dos MAA

✓ Distritalização, Municipalização

- Visam descentralização da gestão e desconcentração de serviços
- Distritalização: processo político organizacional de reorientação do SS, em nível local, capaz de facilitar a implantação e o desenvolvimentos de MAA para a construção do SUS
- DS – visam organizar serviços e estabelecimentos numa rede, com mecanismos de comunicação e integração, procedimentos de referência e contra referência e a instauração de modelos assistenciais alternativos (de base epidemiológica)

Vigilância à Saúde

- a) Equivalendo a Análise de situação de Saúde
- b) Como proposta de “integração” institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária
- c) Como proposta de redefinição das práticas sanitárias

Duas concepções

- Uma, que concebe a VISAU enquanto MAA conformado por um conjunto de *práticas sanitárias* que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos (Paim, 94).
- Outra que privilegia a *dimensão gerencial* da noção de VISAU, caracterizando-a como “*uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operação*” (...) (Mendes, 1993)

CIDADES SAUDÁVEIS

- Originada em Toronto (Canadá) em 1984, ganhando adesão em cidades europeias e difundiu-se a partir do Simpósio de Lisboa, em 1986 assumido pela OMS.
- A proposta inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e execução das ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades.

CIDADES SAUDÁVEIS

DIRETRIZES

- Saúde como qualidade de vida;
- Políticas públicas que promovam a saúde;
- Reforço à participação da comunidade;
- Desenvolvimento da auto-responsabilidade;
- Reorientação dos serviços de saúde;
- Intersetorialidade como estratégia principal.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Insere-se no contexto da busca de alternativas à crise do setor saúde;
- Contexto internacional: evolução da noção de promoção da saúde como uma das tarefas da medicina, passando pela ênfase nas ações sobre o estilo de vida partir do relatório Lalonde (Canadá, 1974), Conferência em Ottawa, Adelaide (Austrália), Sundsvall (Suécia), Bogotá (Colômbia), Jacarta (Indonésia).

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Brasil

Ocorre no contexto marcado pela implementação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e serviços públicos de saúde, especialmente no âmbito municipal, *locus* privilegiado de experimentação de alternativas ao modelo médico assistencial hegemônico.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Fundamenta-se na concepção de “campo da saúde”, enfatizando as ações voltadas à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos (Teixeira, 2002).
- Concebe a saúde como produção social, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde e com estímulo à participação social.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

✓ Como Operacionalizar?

- Reorganização do sistema de saúde;
- Desenvolvendo ações territoriais de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Ampliando e diversificando as ações de educação e comunicação social em saúde;
- Desenvolvendo capacidade da comunidade melhorar QV;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Formulando “Políticas públicas saudáveis”: articulação intersetorial das ações governamentais.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

✓ Ações Intersectoriais

- **Conjunção de esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamentos, segurança, transporte, habitação, entre outros, visando a racionalização dos recursos existentes e a transformação das atividades desenvolvidas em vista à maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais;**

PROMOÇÃO DA SAÚDE

✓ Exemplos

- Restrição à propaganda de produtos de tabaco através dos meios de comunicação de massa;
- Ações de marketing sanitário através da mídia voltadas para a promoção de sexo seguro;
- Ações de marketing sanitário através da mídia voltadas para o controle na utilização de medicamentos.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

HISTÓRICO

- Movimento ideológico estruturado em 1966 (EUA), visando responder aos questionamentos sobre o modelo de assistência médica dominante;
- Surge no Brasil na década de 90: reorientação das práticas de saúde;
- PACS - estratégia ponte: 1º no Nordeste depois Norte;

PSF

■ PROGRAMA

Política de focalização, proposta pelo Banco Mundial, caracterizando “pacotes básicos” de atenção médica para pobres. “SUS p/ pobres”, verticalizado e de baixa resolutividade

■ ESTRATÉGIA

Expressão dos princípios do SUS (universal, integral, equidade); constituído por rede regionalizada e hierarquizada; sua implantação não significa criação de novas estruturas de serviços e sim substituição das práticas de assistência.

POSSIBILIDADES DO PSF

- Mudança no objeto da atenção;
- Mudanças na forma de atuação;
- Alterações nas formas de organização dos serviços;
- Alterações nas modalidades de alocação dos recursos;
- Alterações nas formas de remuneração das ações de saúde;
- Necessidade de formação, capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde.

POSIÇÃO NO MS

- Considerado pelo MS como eixo fundamental de reorientação da atenção básica e que deve contribuir para implementação de novo modelo assistencial que privilegie a intervenção sobre os determinantes da situação de saúde.

Redes de Atenção à Saúde

- Situação Epidemiológica
 - dupla carga de doença; predominância relativa das condições crônicas.

X

- Modelo de Organização dos Serviços
 - privilegiamento das condições agudas

Novo Modelo de Atenção à Saúde

- foca os problemas agudos quanto os crônicos;
- ação equilibrada na promoção da saúde; prevenção das doenças e na cura, cuidado e reabilitação dos portadores de doenças ou agravos; integrando os recursos da comunidade; estabelecendo padrões de qualidade e incentivos à saúde; ampliando a capacitação dos trabalhadores em saúde;
- recomposição da coerência entre a situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Nenhuma das propostas de modelos alternativos dá conta de todos os aspectos envolvidos da problemática do modelo assistencial.
- Alguns vêm sendo testados em estados e municípios do Brasil contando com apoio de centros acadêmicos e organizações não governamentais.

edusantos_rodrigues@terra.com.br