

6

Modelos Assistenciais em Saúde

Telma Terezinha Ribeiro da Silva
Especialista em Gestão de Saúde

A análise do desenvolvimento das políticas de saúde 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, 1999).

Modelos de atenção à 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. Alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país, tais como: oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família, etc. (PAIM, 1999).

A partir de 1980 dois grandes subsistemas foram configurados, o privado baseado no seguro saúde, ao qual está referida uma população de 41 milhões de habitantes, principalmente os empregados de grandes e médias empresas e as classes médias urbanas; subsistema público universalista – Sistema Único de Saúde (SUS) que tem uma população de

referência de 115 milhões de habitantes por ser teoricamente acessível aos não protegidos por modalidades de seguro-saúde.

Longe de se mostrarem suficientes para a resolução da problemática da assistência médica no Brasil, os dois modelos privilegiam a assistência médica em detrimento da Promoção à Saúde. 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 sanitário (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 (PAIM, 1999).

No modelo tecno-assistencial brasileiro o sistema de saúde deveria funcionar como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica. Na sua base estão as unidades básicas de saúde, distribuídas para atender os grupos populacionais, objetivando a atenção primária à saúde e funcionando como uma “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológicas: serviços ambulatoriais clínicos e cirúrgicos, serviços de diagnóstico e apoio terapêutico, unidades de atendimento de emergência e os hospitais. No topo da pirâmide os serviços hospitalares de maior complexidade, regionais e estaduais. Além da ineficiência do atendimento primário à saúde (unidades básicas), que tornam os prontos socorros e hospitais a porta de entrada para a assistência à saúde da população, a crítica a este modelo é a sua centralização no atendimento médico, com pouca ou nenhuma prática de prevenção de doenças e promoção de saúde (Cecílio, 2002).

TEIXEIRA (s/d) destaca os seguintes modelos de atenção ou de intervenção:

- Ações programáticas de saúde que compreendem a utilização de programas 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.

- 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.
- 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.
- O movimento Cidades Saudáveis, fomentado pela Organização Mundial de Saúde desde 1986, objetiva o estabelecimento de políticas públicas urbanas, voltadas à melhoria da qualidade de vida, com ênfase na intersectorialidade e na participação social.
- 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.

Os modelos assistenciais acima descritos utilizam-se de Programas, Ações e Campanhas para o cumprimento de seus objetivos. Um Programa consiste num continuum de ações planejadas ao longo de um período de tempo, envolvendo aspectos relacionados à educação, ambiente de suporte, recursos humanos e materiais. As Ações em Saúde desempenham papel específico e direcionado a um

determinado objetivo, cumprindo parte dos objetivos estabelecidos em um modelo assistencial, como por exemplo, ações em Vigilância à Saúde (nutricional, em saúde do trabalhador, etc). As Campanhas podem ser parte de um Programa ou estar totalmente desvinculadas destes, e, de forma pontual são ferramentas utilizadas nos modelos assistenciais de Vigilância e Promoção à Saúde.

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).

O modelo assistencial em atividade física nos Estados Unidos, por exemplo, proposto pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) através da Divisão de Nutrição e Atividade Física, estabelece uma abordagem em saúde pública que orienta regras de nutrição e atividade física para a prevenção de doenças crônicas. Estas atividades incluem: pesquisa epidemiológica e de comportamento, treinamento e educação, intervenções, promoção de saúde e liderança, políticas e mudanças no ambiente físico, comunicação e marketing social e desenvolvimento de parcerias público e privadas. As ações são focadas sobretudo na criança e adolescentes (<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/> acesso em 24/04/06).

A utilização de modelos assistenciais variados pode ser eficazmente utilizada com foco na Promoção de Saúde, objetivando a redução da demanda assistencialista, centrada na cura e no controle de doenças, reduzindo os gastos com assistência médica no setor público e privado.

BIBLIOGRAFIA

PAIM, J.S. MODELOS ASSISTENCIAIS: REFORMULANDO O PENSAMENTO E INCORPORANDO A PROTEÇÃO E A PROMOÇÃO. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.ANVISA.GOV.BR/INSTITUCIONAL/SNVS/COPRH/SEMINARIO/MODELO.HTM](https://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm). ACESSO EM: 16/04/2006.

COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J.M. INOVAÇÕES ORGANIZACIONAIS E DE FINANCIAMENTO: EXPERIÊNCIAS A PARTIR DO CENÁRIO INSTITUCIONAL. IN: NEGRI, J.C. (ORG); DI GIOVANNI, G. (ORG). BRASIL RADIOGRAFIA DA SAÚDE. 1º ED. CAMPINAS: UNICAMP. IE, 2001.

STATE-BASED PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM DIRECTORY: BACKGROUND, PROMOTING PHYSICAL ACTIVITY. DISPONÍVEL EM: [HTTP://APPS.NCCD.CDC.GOV/DNPAPROG/BACKGROUND.ASP](http://apps.nccd.cdc.gov/DNPAPROG/BACKGROUND.ASP). ACESSADO EM 27/04/2006.

MALTA, D.C. SAÚDE SUPLEMENTAR E MODELOS ASSISTENCIAIS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/PORTAL/UPLOAD/BIBLIOTECA/TT_AS_14_DCARVALHO-MALTA_MODELOSASSISTENCIAIS.PDF](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_14_DCARVALHO-MALTA_MODELOSASSISTENCIAIS.PDF). ACESSADO EM 05/04/2006.

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.