

RAFAELA CORDEIRO FREIRE

**AS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO PROJETO SAÚDE
TODO DIA:
uma das tecnologias para a organização do cuidado**

CAMPINAS

2005

RAFAELA CORDEIRO FREIRE

**AS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO PROJETO SAÚDE
TODO DIA:
uma das tecnologias para a organização do cuidado**

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Doutor em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY

CAMPINAS

2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

F883a Freire, Rafaela Cordeiro
As ações programáticas no projeto saúde todo dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado / Rafaela Cordeiro Freire. Campinas, SP : [120 p.], 2005.

Orientador: Emerson Elias Merhy
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Política de saúde. 2. Saúde - planejamento. 3. Administração e planejamento em saúde. 4. Saúde pública. 5. Programas de saúde. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Promoção de saúde. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SLP

Folha de Aprovação

Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta - Titular

Prof. Dr. Fernando Chacra - Titular

Profa. Dra. Ângela Aparecida Capozzolo - Suplente

Profa. Dra. Sílvia Maria Santiago - Suplente

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy - Orientador

Campinas, 28 de fevereiro de 2005.

DEDICATÓRIA

A todos que acreditam que é possível realizar transformações na saúde e assim estão ajudando a construir a cidadania para a população brasileira através do SUS.

AGRADECIMENTOS

A Marina, minha filhinha, por sua linda existência e por me dar a oportunidade e paz de espírito para terminar esta dissertação.

A Leandro, meu companheiro, meu amor... por tudo o que temos vivido.

A Márcio e Suely, meus pais, pelo apoio incondicional em todos os momentos.

A Kathleen, minha amiga, companheira intelectual e de muitas militâncias.

A Rogério, Mônica e Cláudia, pelo convite para trabalhar em Aracaju, que deu novo rumo à minha vida.

A todos os companheiros de Aracaju e a tantos outros espalhados pelo país, pela companheirança, minha grande escola.

A Leoci, tantas vezes responsável pela manutenção de minha vinculação formal à Pós, muitíssimo obrigada.

A Emerson e Mina, pela seriedade, solidariedade e carinho, um grande exemplo de vida.

Não creio que sejamos parentes muito próximos, mas se você é capaz de tremer de indignação cada vez que se comete uma injustiça no mundo, então somos companheiros, o que é mais importante.

Ernesto Che Guevara

O homem é, antes de mais nada, aquilo que se projeta num futuro, e que tem consciência de estar se projetando no futuro.

Jean-Paul Sartre

Tarde a vida me ensina esta lição discreta:

A ode cristalina é a que se faz sem poeta.

Carlos Drummond de Andrade

	<i>Pág</i>
RESUMO	<i>xxxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxxvii</i>
CAPÍTULO I- INTRODUÇÃO	41
A Trajetória do Projeto Saúde Todo Dia em Aracaju	45
As Motivações Para Este Estudo	46
Os Propósitos	47
Hipóteses	48
Base Teórica e Conceitual	49
Modelos Tecno-assistenciais em Saúde.....	49
Programação em Saúde e as Ações Programáticas.....	52
Objetivos	59
Metodologia	59
CAPÍTULO II- UMA VISÃO DE ARACAJU	61
Geografia e Sócio-Demografia	63
Situação da Rede de Serviços de Saúde	65
Situação de Saúde	66
Mortalidade.....	66

Morbidade.....	72
CAPÍTULO III- UM RELATO SOBRE A CONSTRUÇÃO DO PROJETO SAÚDE TODO DIA.....	89
A Dimensão Política do Projeto Saúde Todo Dia.....	92
A Dimensão Técnica do Projeto Saúde Todo Dia e seus Componentes.....	105
O objeto das práticas de saúde no Modelo Saúde Todo Dia, ou o que é produzir saúde para este modelo.....	106
A Natureza do Trabalho em Saúde no Modelo Saúde Todo Dia, ou quais suas práticas.....	110
Como o Modelo propõe organizar seus serviços.....	115
Qual a visão de outros modelos a partir do Saúde Todo Dia.....	120
CAPÍTULO IV- A AÇÃO PROGRAMÁTICA COMO UMA TECNOLOGIA NO PROJETO SAÚDE TODO DIA.....	121
Em que Contexto as Ações Programáticas se Desenvolveram no Modelo Saúde Todo Dia.....	123
As Ações Programáticas Como Tecnologia.....	126
Como Estão Estruturados os Programas.....	129
As Linhas do Cuidado Programáticas.....	130
A Gestão dos Programas.....	132
Estrutura dos Programas.....	134

O Reconhecimento do Objeto dos Programas.....	138
CAPÍTULO V- DESAFIOS E CONCLUSÕES.....	143
A Gestão Das Linhas De Cuidado De Grupos Vulneráveis.....	146
Ressignificando a Ação Programática.....	147
Compreendendo o Risco Como Uma das Necessidades do Indivíduo e dos Grupos.....	149
Construindo Intervenções Sobre os Riscos.....	150
Composição da Linha de Cuidado.....	151
Monitoramento e Avaliação do Cuidado.....	152
Gestão E Gerência de Serviços e Redes.....	153
Intersetorialidade e Comunicação Em Saúde.....	154
Concluindo.....	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	157

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASTEC	Assessoria Técnica de Planejamento
CEMAR	Centro de Especialidades Médicas de Aracaju
CENDES	Centro de Estudos do Desenvolvimento
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEPS	Centro de Educação Permanente da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NUCAAR	Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação
NUDEP	Núcleo de Desenvolvimento de Programas

NUSD	Núcleo de Supervisão e Desenvolvimento Técnico
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIMIS	Sistema Municipal de Informações de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UP	Unidade de Produção
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 1- Coeficientes de Mortalidade Geral e Segundo o Sexo (por mil habitantes) e Mortalidade Proporcional Segundo Idade (<1 ano e > 50 anos). Aracaju (SE), 2000-2003.....	67
Tabela 2- Distribuição em Número e Percentual de Óbito Segundo Causas. Aracaju (SE), 2000-2003.....	68
Tabela 3- Coeficientes de Mortalidade Infantil e seus Componentes (por mil NV), de Natimortalidade (por mil nascimentos) e Mortalidade Perinatal (por mil nascimentos). Aracaju (SE), 2000-2003.....	71
Tabela 4- Coeficientes de Incidência por Cem Mil Habitantes de Agravos de Notificação Confirmados. Aracaju (SE), 2000-2003.....	73
Tabela 5- Coeficientes de Incidência Por Cem Mil Habitantes de Agravos de Notificação Crônicos. Aracaju (SE), 2000-2003.....	74
Tabela 6- Distribuição % de Casos de Abandono de Tratamento de Tuberculose Segundo Residência. Aracaju (SE), 1999-2003.....	75
Tabela 7 - Casos Notificados de Hanseníase Segundo Residência. Aracaju (SE), 1999-2003.....	75
Tabela 8 - Casos de AIDS Segundo o Sexo. Aracaju (SE), 2000-2003.....	75
Tabela 9 - Casos de AIDS Segundo Local de Residência. Aracaju (SE), 2000-2003.....	76

Tabela 10 -	Casos Notificados de Hepatite Segundo Critério de Confirmação. Aracaju (SE), 2000-2003.....	76
Tabela 11 -	Casos Confirmados de Hepatite Segundo Classificação Etiológica. Aracaju (SE), 2003.....	77
Tabela 12 -	Síntese da Cobertura Vacinal por Imunobiológico. Aracaju (SE), 2003.....	78
Tabela 13 -	Casos Notificados de Doenças Imunopreviníveis e Meningite. Aracaju (SE), 1999-2003.....	79
Tabela 14 -	Casos Confirmados de Doenças Imunopreviníveis e Meningite. Aracaju (SE), 1999-2003.....	80
Tabela 15 -	Distribuição Nº e % do Motivo Principal das Internações Hospitalares Segundo Capítulo do CID-10. Aracaju (SE), 2000-2003.....	82
Tabela 16 -	Distribuição de Internações Hospitalares Segundo Doenças do Aparelho Circulatório. Aracaju (SE), 2000-2003.....	84
Tabela 17 -	Distribuição de Internações Hospitalares Segundo Neoplasias Malignas. Aracaju (SE), 2000-2003.....	85
Tabela 18 -	Distribuição de Internações Hospitalares Segundo Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas. Aracaju (SE), 2000-2003.....	86
Tabela 19 -	Distribuição de internações hospitalares segundo causas externas. Aracaju (SE), 2000-2003.....	88
Tabela 20 -	Distribuição das Solicitações ao Serviço de Ouvidoria da SMS, por Assunto Demandado. Aracaju (SE), 2003.....	98

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág.</i>
Quadro 1- Unidades Produtivas de uma UBS no Modelo Saúde todo Dia.....	116
Quadro 2- Caracterização do Objeto do Núcleo de Desenvolvimento de Programas.....	140

LISTA DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
Figura 1- “O Eixo da Produção do Cuidado” - Slide da Capacitação dos Profissionais da Rede Básica – Módulo I, Abril de 2002.....	107
Figura 2- Marco Teórico do Modelo – Projeto Saúde todo Dia, Setembro de 2003.....	108
Figura 3- Natureza do Processo de Trabalho em Saúde.....	112
Figura 4- Vertentes do Trabalho do Núcleo de Desenvolvimento de Programas.....	141

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1- Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde Cadastrados Junto ao SUS em Aracaju, Segundo sua Natureza Jurídica, Dezembro de 2002.....	103

RESUMO



Reverter princípios constitucionais em sistemas de saúde capazes de se responsabilizar efetivamente pelos cidadãos não é tarefa fácil. O SUS, em seus primeiros quatorze anos, teve sua regulamentação elaborada em um ambiente neoliberal inóspito a políticas sociais universalizantes. A esfera federal induziu a implantação de um modelo com base tecnológica da vigilância à saúde e matriz organizativa de Sistemas Locais de Saúde. A atenção básica e programas para determinados grupos de vulnerabilidade foram focos da política neste período. Não houve formulação de política para especialidades, atenção hospitalar e urgência e emergência, a não ser aquelas vinculadas à lógica de mercado. O governo Lula, a partir de 2003, inaugura nova fase de implementação do SUS.

Em 2001, o município de Aracaju iniciou uma intervenção no modelo assistencial, denominada Projeto Saúde Todo Dia, pretendendo adotar as diretrizes constitucionais em sua radicalidade. O marco teórico orientador de suas práticas são as necessidades de saúde tomadas como objeto das intervenções profissionais, e do conjunto do sistema, para produzir autonomia. Propõe a incorporação de saberes tecnológicos de diversas matrizes da Saúde Coletiva na construção de um sistema capaz de acolher necessidades de saúde, compreendendo, significando e se responsabilizando por intervenções que, através da construção de vínculos, produzam graus crescentes de autonomia para usuários e trabalhadores. As ações programáticas são incorporadas nesta modelagem como **uma das tecnologias** para organizar a produção do cuidado de grupos vulneráveis através das diversas redes assistenciais. Propõe-se **a convivência** dos recortes profissionais e da subjetividade dos indivíduos na abordagem das necessidades de saúde.

ABSTRACT



Turning constitutional rights into Health Systems able to be responsible for citizens is not an easy task. In Brazil, the Unified Health System, during its fourteen first years, had its regulamentation wrote within a neoliberal environment hostile for universalizing social policies. The federal sphere induced the development of a health model with its technology based on Health Surveillance Model and the organizing model from Local Health Systems. During that period health policies were focused on the basic level assistance and programs for determined vulnerable groups. There were no policies for specialties, hospitalar and urgency and emergency assistance, unless they were related to market demands. The new federal government of President Lula, since 2003, opened a new phase of SUS implementation.

From 2001, Aracaju municipality started an intervention in its assistance model, named Projeto Saúde Todo Dia (Health Everyday Project), trying to develop the constitutional directions. The theoretical orientation of its pratices are the health necessities as an object of the professional interventions, as they are to the whole system, in order to produce autonomy. Proposes the incorporation of technological knowledge from various sources of Colective and Public Health in order to construct a system able to housing health necessities, comprehending and signifying them, and even taking responsibility to make interventions, through tight relationship that can produce increasing grades of autonomy for its users and professionals. The Programming Actions are incorporated in this experience as one of the technologies that organizes the care production of vulnerable groups throughout its assistance networks. We propose the concomitant use of professional and technical approaches on health necessities with individual subjectivity about them.

CAPÍTULO I-
INTRODUÇÃO

A consolidação da saúde como direito na Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS, em um contexto político completamente desfavorável a políticas públicas de caráter universalizante, foram produto de um intenso processo de mobilização social de usuários, trabalhadores e pensadores, representado pelo Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento conforma no Brasil uma articulação original entre um campo de conhecimentos e um âmbito de práticas sociais e políticas denominado por Saúde Coletiva (SILVA JÚNIOR, 1998). A discussão sobre formas de organização da produção de ações de saúde tem sido desde então um campo de polêmicas entre os intelectuais da Saúde Coletiva que tomam certos modelos assistenciais como objeto de debates e disputas. Algumas das formas de organização da assistência, elaboradas por segmentos do Movimento Sanitário, e experimentadas ao longo da implementação do SUS nos municípios, foram institucionalizadas pelo Ministério da Saúde (MS) ao longo da década de 90, ainda que condicionadas à orientação política neoliberal de racionalização e redução do papel do estado.

A principal formulação representada pela política de saúde do Ministério nos anos noventa, o Programa de Saúde da Família, tem base tecnológica inspirada na Medicina Comunitária e na Vigilância em Saúde, e toma como modelo organizativo de Sistema a proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Apesar de propor uma inversão do modelo médico-hegemônico na organização da assistência à saúde, a política do MS restringiu-se a uma intervenção na rede básica com extensão da cobertura de serviços à população e nem sempre com melhoria do acesso ou da resolutividade da rede básica (TEIXEIRA, 2004a). Outra distorção observada nas experiências de implantação de SILOS, prevista por CAMPOS (1997b), é a forma burocrática como se opera o conceito de territorialização e hierarquização sem maiores alterações nas práticas assistenciais ou de gestão. De certa forma, até 2002, a própria estrutura organizacional do Ministério refletia esta separação tendo a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) seu foco na atenção básica e ações programáticas e a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) ficando com todo o financiamento e a gestão da política das demais redes assistenciais. Esta organização era reflexo e reprodução do modelo inampliano de separação da assistência médica dos programas de saúde pública.

Apesar de um contexto federal não muito favorável ao desenvolvimento de sistemas de saúde competentes para realizar a integralidade da assistência, no âmbito local foram realizadas várias experiências através de administrações democráticas e populares. Nestas a saúde avançou com maior radicalidade na organização das ações e dos serviços em redes assistenciais comprometidas com a resolutividade, integralidade, equidade e qualidade do SUS. Muitas destas experiências apostaram no incentivo à organização da rede básica através do Programa de Saúde da Família, o que mobilizou e motivou grandes contingentes de trabalhadores, entretanto a falta de propostas para intervir em outros níveis do sistema torna preceitos constitucionais, como a integralidade, bastante difíceis de se atingir como previsto por CAMPOS (1997b) e observado por TEIXEIRA (2004a).

A partir da posse de Lula no governo federal o Ministério da Saúde passou por reestruturação com a reformulação da SAS em uma Secretaria de Atenção à Saúde que reúne todas as redes assistenciais do SUS, a incorporação do CENEPI à estrutura executiva do MS através da Secretaria de Vigilância à Saúde, entre outras mudanças, o que estabeleceu novas bases para orientação de políticas de saúde mais integradoras e eficazes para a produção da integralidade.

O governo Lula instaura um novo horizonte para a organização de sistemas de saúde radicalmente comprometidos com os princípios constitucionais do SUS de universalidade, equidade, integralidade e controle social e, neste contexto, reemerge a discussão sobre os modelos tecno-assistenciais (CAMPOS, 2003; TEIXEIRA, 2004a), não apenas como forma de estender a cobertura de serviços da rede básica a toda população, mas de articular efetivas respostas para os problemas de saúde da população em todas as modalidades assistenciais e níveis de complexidade do sistema.

O estudo que ora apresento toma como material de análise a experiência da saúde, a partir de 2001, no Município de Aracaju, Estado de Sergipe, que declara ter como referência um certo modelo tecno-assistencial, denominado Saúde Todo Dia.

A trajetória do Projeto Saúde Todo Dia em Aracaju

A escolha de um governo democrático e popular nas eleições de 2000 em Aracaju, logo no primeiro turno, tornou concreta a possibilidade de realizar, no plano municipal, uma política de saúde coerente com uma sociedade mais solidária, eqüitativa e incluyente. A partir de 2001, o governo municipal de Aracaju, liderado pelo Prefeito Marcelo Déda Chagas, do Partido dos Trabalhadores, lançou-se à tarefa de implementar um Sistema de Saúde capaz de reverter para a sociedade os princípios constitucionais da saúde como um direito de cidadania em toda sua radicalidade.

Apesar de o município de Aracaju possuir um histórico de lutas em torno da Reforma Sanitária, com movimentos populares e de categorias profissionais organizados, o líder do executivo optou por convocar uma profissional da área de saúde pública que foi liderança universitária sua contemporânea, mas que, apesar de ser Aracajuana, radicou-se no Sudeste. Através desta profissional o Prefeito fez outra indicação, o médico sanitário, doutorando em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Rogério Carvalho Santos, outra vez um profissional de saúde pública, sergipano, formado na Universidade Federal de Sergipe, liderança estudantil local e nacional que, após sua graduação, foi para o Sudeste. Como profissional da saúde sempre esteve associado e na liderança de movimentos sociais em torno do tema da saúde, da formação médica e do trabalho em saúde.

A formulação da política de saúde de Aracaju, liderada pelo secretário, partiu de alguns pressupostos teóricos que orientaram o conjunto de intervenções realizadas. O norte proposto para a política foi o desenvolvimento da capacidade de promover acesso universal, com equidade, integralidade, direção única dos equipamentos e serviços de saúde do município e um efetivo controle social.

A experiência empreendida foi submetida – e bem avaliada – a alguns testes como, por exemplo:

- Consulta popular, expressa em pesquisa de opinião realizada nos meses de agosto de 2003 e 2004 pelo Instituto Brasmarket, que premiou o Secretário Municipal de Saúde com o primeiro lugar dentre as capitais brasileiras com o II e o III Top Ten de Excelência Administrativa;

- Avaliação de comissões técnicas multiinstitucionais (OPAS, FIOCRUZ) como a que avaliou e concedeu o Premio David Capistrano de Humanização, na categoria experiência exitosa, para o **Acolhimento enquanto tecnologia de garantia de acesso e organização do processo produtivo nas unidades básicas de saúde;**
- A classificação do município de Aracaju como tendo bom desempenho e investimento institucional e como experiência inovadora dentre as capitais cujo PSF foi avaliado pela FIOCRUZ na Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos (FIOCRUZ, 2002);
- O bom desempenho e escolha do município como piloto na implantação de Sistemas de Informação pioneiros como o Cartão Nacional de Saúde, agora em sua fase de integração com o Complexo Regulatório.

As motivações para este estudo

A escolha da experiência de Aracaju se deve primeiramente à minha implicação com ela e não está restrita ao fato de eu ser uma trabalhadora concursada da Secretaria Municipal de Saúde atualmente ocupando um cargo na gestão. A trajetória que me levou a Aracaju remonta à militância no movimento de área dos estudantes de medicina, acompanha minha constituição como profissional da área da saúde e do campo da Saúde Coletiva e as diversas militâncias neste percurso, notadamente no que se refere à discussão e proposições de novos processos de formação dos médicos na graduação e na residência médica. Nesta última, o debate e a experimentação de um novo processo de formação de médicos sanitários na Residência de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, durante os anos de 1999 e 2000, representou a oportunidade de realizar sínteses das propostas elaboradas em movimentos anteriores (FREIRE et al., 2000).

Os movimentos citados foram responsáveis pela formação de um ator coletivo que tem um contingente expressivo reunido em Aracaju em torno da construção da experiência da gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Este coletivo conformou um modo de apropriação de seus objetos de intervenção, que tem como método a exposição e interação com seus objetos a partir de suas manifestações e através de aproximações sucessivas, onde as referências teóricas e experiências existentes são insumos para a sua compreensão e significação, permitindo releituras e formulações mais adequadas para a intervenção sobre aqueles objetos, com a liberdade na utilização das mais diversas fontes teóricas e experiências. Esta forma de abordagem tem como inspirações uma pedagogia problematizadora e construtivista de Paulo Freire, uma práxis filosófica que tem como marco Gramsci, além de várias outras matrizes para abordagem institucional e de grupos.

A partir de agosto de 2003, tendo assumido a coordenação do Núcleo de Desenvolvimento de Programas, tive a possibilidade de realizar um encontro entre meus objetos de investimento profissional, de produção de conhecimento e de militância. Ou seja, dirigi meus esforços para a sistematização da produção de conhecimentos que o coletivo da SMS de Aracaju vinha empreendendo no campo da formulação do modelo assistencial, em particular sobre as ações programáticas, o que, finalmente, viabilizou minha dissertação.

Os Propósitos

Ao longo da gestão da SMS de Aracaju foi sendo elaborado um conjunto de proposições, que foram articuladas em intervenções para a organização das redes de serviços e já existe um considerável grau de sistematização dos conceitos utilizados. O corpo teórico da experiência pode ser acessado em documentos da gestão como relatórios, projetos apresentados ao Ministério da Saúde, apresentações realizadas em fóruns diversos, além de materiais didáticos e técnicos como, por exemplo, a metodologia das capacitações, roteiros, apostilas, programas e protocolos assistenciais.

Apesar dos vários indícios de que a experiência da gestão da SMS apresenta coerência teórica-conceitual e metodológica, ou seja, existe consistência entre seu projeto e os meios que vem utilizando para atingir os fins declarados, somente agora ao final da primeira gestão, está sendo submetida à formalização acadêmica, até então, não havia artigos publicados em revistas científicas ou teses que se propunham a analisá-la. Esta dissertação de mestrado pretende submeter parte da formulação da experiência de Aracaju a um debate dentro do campo da Saúde Coletiva, particularmente no que diz respeito à sua enunciação como um Modelo Tecno-assistencial que propõe utilizar a Programação em Saúde como um dos saberes tecnológicos que, neste modelo, operam o cuidado em saúde.

Hipóteses

A partir da incorporação de experiências e aportes tecnológicos de várias fontes da Saúde Coletiva vem se construindo em Aracaju um modelo tecno-assistencial original que aposta na consolidação dos preceitos constitucionais de universalidade, integralidade e equidade. O eixo organizador deste modelo são as necessidades de saúde tomadas como objeto de intervenção dos profissionais de saúde e dos serviços. A interação entre usuário portador de necessidades e profissionais nos diversos serviços do sistema conforma Linhas de Produção do Cuidado, que têm como objetivo produzir graus crescentes de autonomia para os sujeitos envolvidos neste processo;

O modelo que vem sendo desenvolvido propõe a incorporação de mudanças de paradigmas das práticas em saúde e inovações em sua organização assistencial como sistema.

Uma das tecnologias da Saúde Coletiva que o Projeto Saúde Todo Dia incorpora são as ações programáticas, operacionalizadas no conjunto do Sistema e através de suas redes, como linhas de cuidado programáticas. Uma abordagem que propõe disponibilizar tecnologia para a intervenção sobre problemas que têm importante expressão epidemiológica, articulando os recursos disponíveis e necessários ao cuidado dos indivíduos que pertencem a grupos de risco, ou de determinado agravo, evitando-se a criação de serviços especializados isolados ou programas verticais.

Base teórica e conceitual

Este trabalho está situado no campo da Saúde Coletiva como campo científico, de produção de conhecimentos, e como âmbito de práticas que têm como objeto a saúde dos coletivos (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Como âmbito de práticas é preciso explicitar que, nesta investigação, estas práticas são consideradas processos sociais onde vários atores da saúde e da sociedade disputam projetos políticos que possibilitam ou não a concretização de uma política de saúde em consonância com um projeto de sociedade mais democrática, justa e igualitária. Sentido que corrobora com ESCOREL¹ (1998) e AROUCA² (1998) de que o campo da Saúde Coletiva também se articulou como campo político tendo no Movimento Sanitário seu principal representante, através do qual, formulou-se uma proposta de democratização da sociedade cuja estratégia era a Reforma Sanitária.

Modelos Tecno-assistenciais em Saúde

A análise das práticas de saúde tomadas como saberes tecnológicos, segundo NEMES (1993), tem sua origem “nos estudos de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves nos quais desenvolveu o conceito de modelo de organização tecnológica do trabalho, entendido como esquema operatório nuclear do trabalho”. Este mesmo autor conceitua a organização tecnológica como:

¹ ESCOREL, S. *apud* SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

² AROUCA, S. *apud* SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

forma variável e contraditoriamente adequada de organizar internamente certas práticas referidas à saúde e à doença, ao mesmo tempo em que forma variável e contraditoriamente adequada de suportar a articulação dessas práticas na totalidade social (MENDES-GONÇALVES³, 1993, p.23).

Considerando que o presente estudo propõe analisar a organização das práticas de saúde no interior do processo de disputas pela conformação de um Sistema Municipal de Saúde, achamos adequado recorrer ao conceito enunciado por MERHY para definir modelos tecno-assistenciais:

projetos de políticas que são formulados em conjunturas sociais determinadas, que conjugam estratégias de organização da prática como implantação dessas políticas. [...] os modelos tecno-assistenciais são apenas os projetos que possuem as seguintes dimensões:

[...] projetos tecno-assistenciais, [são] antes de tudo, projetos políticos e não saberes tecnológicos, mesmo que estes sirvam de base para a formação daqueles;

[...] um modelo deve ser capaz de descrever explicitamente qual é seu problema de saúde, quais são suas práticas, para que servem e como devem ser organizadas, enquanto serviços, além de explicitar quem são seus trabalhadores e os seus usuários;

Sob a configuração institucional, um modelo é a organização de uma dada forma do poder político, e como tal tem de expressar uma dada conformação do Estado;

Como política, um modelo tem de construir uma visão dos outros modelos. (MERHY, 1992, p.26)

³ MENDES-GONÇALVES, R.B. *apud* NEMES, M.I.B. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (Org). **Programação em Saúde Hoje**. 2^a. ed. São Paulo. Hucitec, 1993.

Acreditamos que este conceito apresenta os elementos necessários para expor o esforço da gestão em fugir do equívoco anunciado por Gastão Wagner:

a separação, artificialmente idealizada, entre as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional por um lado, e as do modo concreto de produzir atenção médico-sanitária por outro, tem conduzido inúmeros esforços mudancistas a impasses, a alcançarem pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços.[...] reformas da estrutura administrativa, ainda que tecnicamente justificadas, mas que não logram alterar o modo de produção e a lógica diretora do modelo, costumam redundar em empreitadas esvaziadas de conteúdo. (CAMPOS, 1997b, p. 145)

Na análise que este autor faz, em sua tese de doutorado, sobre reformas do SUS que pressupõem modelos de tipo ideal, ele se refere à formulação pelas agências internacionais, no âmbito da estratégia de Saúde Para Todos no Ano 2000, da implantação da Atenção Primária através da organização de SILOS. Proposta que foi capitaneada pelo Movimento Sanitário e largamente experimentada nos anos 90 propondo, segundo PAIM (1999), “Diferenciação no plano de análise, do Distrito Sanitário enquanto modelo organizacional-gerencial de recursos/serviços de saúde, num dado território, e do Distrito Sanitário modelo assistencial para a atenção/prestação de saúde a uma dada população”. Por modelo organizacional-gerencial entende-se a organização e gerência da rede de serviços e a articulação e hierarquização dos estabelecimentos de saúde, segundo referenciais teóricos do campo das ciências políticas, administrativas e econômicas; e, por modelo assistencial, a combinação de tecnologias a serem acionadas em função de problemas de saúde, cujos referenciais teóricos estariam na epidemiologia, ciências sociais e clínica (PAIM, 1999). Esta separação nos parece artificial e não se aplica à nossa experiência onde a organização da rede de serviços, sua articulação e hierarquização estão fortemente direcionadas à combinação das tecnologias utilizadas para intervir sobre os problemas de saúde.

A advertência sobre a ineficácia da implantação de modelos ideais também inspira análises sociológicas sobre a racionalidade ocidental e sua transposição para as práticas de saúde e organização dos serviços de saúde (PINHEIRO e LUZ, 2003) traduzida na saúde em normalização dos saberes, meios e formas utilizados pelas instituições em detrimento de um olhar mais abrangente sobre os fins, os resultados e as práticas sanitárias. Na análise de PINHEIRO e LUZ (2003) a ação se torna elemento conceitual fundamental para compreender e apreender estruturas, significados e sentidos, resgatando uma sociologia compreensiva que tem em Weber, e em sua teoria da ação social, a formalização enquanto método científico, mas que remete ao pensamento oriental do princípio da imanência “a verdade real emerge da ação, pois esta ‘fala e define por si’” (JULLIEN⁴, 2003). Inspirada no princípio da imanência referido anteriormente, que se aproxima da abordagem dos objetos a partir de suas manifestações, farei o resgate da experiência através das ações empreendidas para efetivar o projeto pretendendo assim facilitar que o sentido real das formulações possa emergir.

Programação em Saúde e as Ações Programáticas

A proposta original de planejamento para o setor saúde, através da metodologia de Programação em Saúde, remonta a década de 60, através do método CENDES/OPS que propunha, para os países da América Latina, o planejamento como uma ferramenta para macro alocação de recursos em saúde a partir de um diagnóstico de situação de saúde baseado em modelos matemáticos de experimentação numérica. Segundo autocrítica de Mário Testa (1992a, 1992b), um de seus autores, o método representou um grande equívoco, pois se inspirou na experiência dos países socialistas onde os planos substituem o mercado como procedimento de distribuição de recursos e onde o poder é concentrado. Segundo este autor, nestas conjunturas o problema sobre o qual operam os planos é o uso

⁴JULLIEN, F. *apud* PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ações e Pensamento na Construção da Integralidade. In: **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 7-34.

eficiente dos recursos, enquanto, nos países para os quais estava se propondo o método, a estrutura de poder é bastante compartilhada como reflexo dos conflitos sociais, além do que nestes países há problemas de organização da sociedade em todos os níveis resultando em uma conjuntura complexa e dinâmica que não comporta facilmente normatizações. Outra crítica que o autor faz ao método está no procedimento que nele a epidemiologia utiliza para incorporar problemas complexos e do campo das ciências sociais, ou seja, pretender isto construindo um modelo das ciências naturais que tenta objetivar (traduzindo em valores numéricos) a expressão dos problemas de saúde de uma região.

Na formulação de planos os critérios propostos pelo CENDES-OPS para selecionar prioridades utilizava os conceitos de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custo, expressos como variáveis numéricas calculadas conforme uma expressão matemática que multiplica as primeiras e as divide pelo custo, sendo sua utilização questionável e, segundo TESTA (1992a), no caso da transcendência nunca foi utilizada de fato. Entretanto, estas variáveis foram incorporadas à formulação de políticas de saúde resultando no que nos apresenta MERHY:

o CENDES/OPS consagra, discursivamente,...[na América Latina]... a construção de programas de saúde que visam centralmente problemas no grupo materno-infantil [...] associados aos que visam os quadros epidêmicos e endêmicos, relevantes para uma determinada região nacional e impactável com as tecnologias disponíveis. (MERHY, 1995, p. 132-3)

A Programação em Saúde como eixo organizativo da assistência em serviços da rede pública de saúde é proposta em São Paulo na década de 70 e, segundo NEMES (2000) mobilizou intensamente os Centros de Saúde da rede estadual de São Paulo entre 1975 e 1978, mas sofreu desde o início com a falta de recursos permanecendo até 1982-83. Entretanto atingiu apenas os serviços próprios que atendiam apenas 4% (quatro por cento) da população e, para CAMPOS (1994), “sempre foi uma prática marginal e limitada no tempo e no espaço” uma vez que restrita aos Centros de Saúde e, nestes, restrita à vigilância de agravos e atenção de certos grupos.

Apesar desta controvérsia sobre o significado da Programação em São Paulo ela inspirou a organização da prática da atenção primária no Centro de Saúde Escola do Butantã, do Departamento de Medicina Preventiva da USP. NEMES (2000) resgata o contexto da emergência da Programação, como proposta de organização da assistência, no bojo da crise previdenciária da década de 70. Em São Paulo, assim como no Brasil, as instituições de Saúde Pública e a Assistência Médica Previdenciária mantiveram-se separadas até que o agravamento da crise obrigou o governo a investir em políticas sociais para manter sua estabilidade, entre elas a extensão de cobertura dos serviços de saúde. Para NEMES (2000) a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo articulou uma resposta a esta crise através da política de programação, buscando realizar a ampliação e diversificação da assistência médica na rede de Centros de Saúde. Nesta proposta a assistência médica seria um dos meios para realizar o trabalho que era epidemiologicamente definido. Esta concepção introduz oposição entre a clínica e a epidemiologia, onde a primeira só seria capaz de produzir saúde quando submetida à racionalidade organizacional da última o que, segundo CAMPOS (1994), não encontra respaldo em evidências históricas empíricas.

As principais características tecnológicas da Programação eram, segundo NEMES:

Operação a partir de atividades eventuais (para a demanda espontânea que procurasse o serviço por qualquer motivo) e atividades de rotina (para a demanda triada para os programas);

Programas definidos por grupos populacionais (crianças, adultos...) e subprogramas para situações específicas de assistência (menores de um ano, gestantes...) e doenças de especial importância sanitária (tuberculose, hipertensão...);

Finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas;

Hierarquização interna de atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar...);

Utilização de equipe multiprofissional;

Padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais;

Sistema de informação que permitia avaliação na própria unidade;

Gerência de unidades por médicos sanitaristas

Regionalização e hierarquização das unidades; (NEMES, 2000, p. 55)

O início da década de 80 assistiu o fim da programação na rede estadual de São Paulo, período em que as medidas tomadas pelo governo federal para enfrentar a crise previdenciária foram efetivadas através da utilização da rede pública para extensão de assistência médica aos contingentes excluídos da previdência e como forma de substituir parte da assistência médica previdenciária, tornando os Centros de Saúde a porta de entrada para o sistema. São da década de 80:

- O Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social de 1982;
- As Ações Integradas de Saúde (AIS) de 1983;
- O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) de 1987;

A partir destes planos as secretarias estaduais de saúde tiveram maior aporte de recursos e poder para responder à necessidade de ampliação da assistência médica, que teve como forma organizativa o Pronto Atendimento, que, em São Paulo, acabou por substituir completamente a programação já um tanto descaracterizada tecnologicamente ou, segundo CAMPOS (1994), que nunca passou de uma prática marginal.

Paralelamente, no início dos anos 80, ganha força o Movimento Sanitário, propondo uma reforma do sistema de saúde com base no princípio de Saúde como direito de cidadania e dever do estado. Nesta conjuntura nasceu no Centro de Saúde Escola do Butantã, do Departamento de Medicina Preventiva da USP a Ação Programática em Saúde como proposta de integração sanitária inspirada pela Programação dos anos 70 e pela Reforma Sanitária.

Segundo NEMES (1993, 2000) “Práticas ou ações programáticas constituem uma forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, inspirando-se em tecnologias de base epidemiológica”. A autora declara que os programas são uma tecnologia baseada em saberes de cunho prático-operativo, portanto saberes tecnológicos, e se orientam conforme o modo sanitário de apreensão de patologias específicas, ou de riscos de adoecer de grupos populacionais específicos, e possuem uma racionalidade que articula ações médicas e ações de saúde coletiva. Motivo pelo qual a ação programática diz respeito às dimensões técnicas do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde sempre se caracterizou pelo caráter autônomo de suas práticas e, como os diversos tipos de trabalho na sociedade, o trabalho em saúde também muda, tem caráter dinâmico em relação às suas finalidades saberes e modos de operar. Na modernidade, o modo geral de organização das práticas em saúde com sua diversidade, polarização e contradições, pode ser abordado em dois pólos genéricos, segundo NEMES (2000):

- A partir do espaço público onde se faz um recorte da doença no coletivo, representado pelo saber sanitário
- A partir do adoecimento individual onde se faz um recorte do seu objeto como alterações na anátomo-fisiologia do corpo e é representado pelo saber clínico.

Estes dois pólos correspondem a dois grandes conjuntos de necessidades socialmente produzidas na modernidade, quais sejam, controlar a doença em escala social ampla e efetiva e recuperar a força de trabalho. O primeiro eixo prevaleceu nos séculos XVI a XVIII, no nascimento do capitalismo. Articuladamente, a clínica foi se desenvolvendo e se tornou progressivamente dominante no conjunto das práticas institucionais em saúde. Até que a partir da segunda metade do século XX a expansão da vertente clínica passou a ser questionada quer por seu custo, quer pela sua baixa eficácia. Desta discussão advém uma outra aposta do conceito de programas, a de que a articulação de instrumentos de trabalho dirigidos a indivíduos, entre eles a clínica do atendimento

individual, a instrumentos diretamente dirigidos a coletivos seria capaz de potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos. Nesta lógica as ações programáticas se propuseram a combinar o atendimento à demanda espontânea com atendimento a outra demanda que é programática. Ambas modalidades de atenção que apresentam contradições. Se, por um lado, a demanda espontânea tende a reproduzir um modelo médico centrado, por outro, a programação tomando suas necessidades a partir do saber epidemiológico pode se tornar completamente burocratizada e sem reconhecimento de um valor de uso para usuários e muitas vezes para os próprios profissionais. A proposta das Ações Programáticas aposta que estas contradições, de ambas modalidades de organização da atenção, podem ser superadas através da criação de dispositivos tecnológicos capazes de tornar o modelo das ações programáticas em prática emancipadora.

Para NEMES a saturação de articulações sociais a que o objeto do trabalho em saúde está submetido reafirma a Ação Programática como dispositivo para politizar as dimensões mais técnicas do trabalho. Por fim, caracteriza as Ações Programáticas como modelo de organização do trabalho em saúde cuja proposição tem corte tecno-normativo, apoiada na busca de um horizonte ético claro e intersubjetivamente aberto, voltada para a construção de práticas de saúde orientadas pelos valores da emancipação humana cujos dispositivos tecnológicos devem ter grande flexibilidade técnica e política.

Neste estudo, entretanto, nos filiamos à concepção que recusa a oposição entre clínica e epidemiologia, ou a distinção radical entre os campos de conhecimentos e de práticas fundados por estas disciplinas. Concordamos com CAMPOS quando propõe que:

a Saúde Pública tem suas diretrizes e práticas assentadas em um conjunto de determinantes; um deles – e nem sempre o hierarquicamente mais forte – é o conhecimento epidemiológico, outro é o clínico, outros são de ordem das políticas sociais. [...]

Não há oposição e antagonismo, em princípio, entre a Epidemiologia e Clínica. Esta última é um caso particular da primeira.
(CAMPOS, 1994, p. 67-8)

Acreditamos também que não existem dispositivos tecnológicos com maior flexibilidade técnica do que a escuta e a pactuação, seja no atendimento individual, no controle social ou nos espaços de gestão, para realizar a construção de valores de emancipação humana, escuta que é uma das principais ferramentas da clínica dos diversos trabalhadores da saúde (MERHY, 1997) e a pactuação que é um dos principais dispositivos instauradores de processos nas organizações.

Por fim cabe apontar que nas formulações de NEMES (1993, 2000) os termos Programação em Saúde e Ações Programáticas são utilizados indistintamente. A programação é considerada como tendo duas dimensões, uma em que é técnica de planejamento e outra em que é modelo assistencial, ou modelo operativo das práticas de saúde e, neste caso, ações programáticas. Em nossa experiência optamos por reservar o termo Programação como instrumento de organização do conjunto de ofertas do Sistema de Saúde independente de sua orientação a grupos de vulnerabilidade, uma vez que esta programação nem sempre utiliza parâmetros orientados pelo perfil epidemiológico da população, a bem da verdade, muitos dos parâmetros para organizar a oferta foram baseados em séries históricas ou na capacidade instalada sem levar em conta características do processo de trabalho e as necessidades (MATTOS, 2003).

Uma revisão da produção técnico-científica apresentada no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva não traz nenhuma reflexão sobre o núcleo tecnológico das ações programáticas. Todos os resumos que se referem às ações programáticas o fazem como reconhecimento de uma prática do núcleo da enfermagem e de sua inserção na rede básica, não há nenhuma discussão sobre a prática em si e sobre sua apropriação pela equipe. Já as análises sobre a programação em saúde se referem aos mecanismos de alocação de recursos do sistema (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2003).

No Modelo Saúde Todo Dia a Ação Programática não será tomada como **modelo operativo** das práticas e dos serviços, mas como um dos saberes tecnológicos que operam a organização do cuidado. Sendo que a articulação destes saberes, aliada a capacidade de gestão e controle social é que devem revestir as práticas de valores de emancipação humana ou, segundo a teoria utilizada pela proposta do Saúde Todo Dia, produzir graus crescentes de autonomia para os sujeitos envolvidos com as intervenções em saúde.

Objetivos

Apresentar a conformação da modelagem tecno-assistencial do Projeto Saúde Todo Dia em sua trajetória como política;

Descrever o desenvolvimento das Ações Programáticas como um dos saberes tecnológicos que compõe a matriz operativa e organizacional do Projeto Saúde Todo Dia.

Metodologia

Conforme exposto anteriormente, este estudo realizou-se através do relato de uma experiência concreta que está em curso na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, feito a partir de documentos diversos produzidos no âmbito da gestão e da memória institucional sobre fatos recentes dos quais fiz parte. Estas características da proposta de estudo se aproximam a uma abordagem qualitativa de pesquisa através de estudo de caso. Segundo LUDKE e ANDRÉ (1986) um caso se destaca por se constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo, nesta perspectiva a conformação do Modelo Tecno-Assistencial Saúde Todo Dia se caracteriza como uma experiência de organização de sistemas de saúde municipais dentro do contexto de implementação do Sistema Único no Brasil. Segundo YIN (1989) a necessidade de se realizar um estudo de caso aparece a partir do desejo de se compreender um fenômeno social complexo. O estudo de caso permite, nestas situações, reter as características holísticas e significativas dos eventos da

vida real. YIN (1989) propõe uma definição técnica para o estudo de caso: é uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto real; onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes; e nos quais são utilizadas múltiplas fontes de evidências. Além destas características LUDKE e ANDRÉ (1986) citam outras dos estudos de caso

- Visam a descobertas, ainda que partindo de pressupostos iniciais, o investigador deve estar atento e aberto a novos elementos que podem emergir uma vez que o conhecimento não é algo acabado;
- Enfatizam a interpretação em contexto considerando que para uma apreensão completa do objeto é preciso levar em conta o contexto em que está inserido;
- Buscam retratar a realidade de forma completa e profunda, revelando a multiplicidade de dimensões presentes em determinada situação, focalizando-a como um todo. Este tipo de abordagem enfatiza a complexidade das situações evidenciando a interrelação dos seus componentes;
- Revelam experiências singulares e permitem generalizações naturalísticas, ou seja a possibilidade de associar os dados encontrados com outras experiências;
- Procuram representar diferentes pontos de vista;
- Utilizam linguagem e forma mais acessíveis do que outros tipos de pesquisa.

Na construção deste estudo de caso utilizei documentos produzidos pela gestão a partir de 2001, além de relatórios, roteiros, manuais e quaisquer outros registros disponíveis em material escrito ou impresso que representam a memória institucional sobre o processo de construção da modelagem assistencial em curso.

CAPÍTULO II-
UMA VISÃO DE ARACAJU

Geografia e sócio-demografia

Com 150 anos, a cidade de Aracaju ainda conserva a beleza de extensos manguezais das bacias dos rios Sergipe e Vasa Barris. Seus campos de várzeas e manguezais são responsáveis pelo tom moreno do mar de sua costa e pela fama de seu caranguejo. Com clima ameno de temperatura média anual de 26 °C, de verão seco e inverno chuvoso, tem seu relevo de planícies fluvio-marinhas e marinhas ventilados de forma quase permanente por correntes de ventos vindas do oceano. Seu solo é rico em minerais como areia, argila, petróleo, sais de potássio, magnésio, salgema, calcário, granito (ARACAJU, 2005). Este cenário romântico vem sofrendo modificações por sua inserção em um contexto sócio-econômico regional ainda muito excludente onde o interesse das elites políticas sempre prevaleceu sobre o bem estar da maioria da população o que determina um crescimento desordenado e muitas vezes predatório. Entretanto, no cenário municipal, muitas iniciativas do governo popular se propõem a enfrentar esta situação, como a realização de conferência da cidade para construção de plano diretor e o orçamento participativo, por exemplo.

Aracaju, capital do Estado de Sergipe, possui uma área de 181,80 km², apresenta segundo o IBGE uma população estimada para 2004 de 485.531 habitantes, 100% dela vivendo na zona urbana, com densidade demográfica de 2.671 habitantes por km². A razão de crescimento da população é de 1,89. A distribuição etária é de 27,7% menores de 15 anos e 4,8% maiores de 65 anos e a divisão entre sexos é de 53,4% de mulheres e 46,7% de homens. A taxa bruta de natalidade vem apresentando tendência de queda, de 22,5 em 2000 para 19,3 nascidos vivos por mil habitantes em 2003. (ARACAJU, 2004)

A população apresentou em esperança de vida (EV) ao nascer de 68,7 anos. A diferença entre a EV é de aproximadamente 10 anos quando considerado o município com o melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do país (São Caetano do Sul, no Estado de São Paulo) (PNUD, 2000¹). Entretanto este indicador

¹ PNUD *apud* ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Vigisus II: Plano de Vigilância em Saúde.** Aracaju, SE, 2004.

que deve estar apresentando tendência de aumento, uma vez que o município vem experimentado uma importante queda na mortalidade infantil (redução de 27,1%) a partir de 2003, fato que deve aumentar a esperança de vida para os próximos anos. (ARACAJU, 2004)

A renda *per capita* era de R\$352,7, cerca de 42,3% da renda da localidade do país com maior IDH-M (PNUD, 2000⁵). Observa-se que a situação de Aracaju é similar à média nacional, em que cerca de 33,0% recebem até um salário mínimo ou não têm renda. (ARACAJU, 2004)

De acordo com o PNUD (2000⁵) a taxa de alfabetização de adultos era de 89,4%, e de acordo com os dados do censo demográfico, este percentual é maior nas idades mais avançadas e menor entre os mais jovens, isto é maiores de 15 anos. Os dados do SIAB revelam que em 2004 havia 86,2% crianças de 7 a 14 anos na escola, de um total de 106.182 cadastradas (ARACAJU, 2004).

Quanto ao destino do lixo, 95,9% do lixo dos 116.268 domicílios era submetido à coleta pública. No tocante ao abastecimento de água, observa-se que 95,7% dos domicílios dispõem do serviço público de abastecimento de água (DATASUS²). Apesar da alta cobertura, verifica-se deficiência no que tange à regularidade do abastecimento em diversos bairros do município (ARACAJU, 2004).

Quanto às instalações sanitárias, observa-se que apenas 56,4% dos domicílios apresentam rede geral de esgoto ou pluvial e 37,7% apresentam o sistema de fossa (rudimentar ou séptica) como mecanismo de destino dos dejetos (ARACAJU, 2004). Esta situação transforma grande parte dos canais fluviais em verdadeiros esgotos a céu aberto.

² DATASUS *apud* ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Vigisus II**: Plano de Vigilância em Saúde. Aracaju, SE, 2004.

Situação da rede de serviços de saúde

Aracaju é pólo regional e estadual no que se refere a serviços de saúde em todos os níveis de assistência. A rede pública de saúde sob gestão municipal está formada por 58 unidades próprias que compõem as redes de atenção básica, ambulatorial especializada, de atenção psicossocial e de urgência e emergência. A rede hospitalar é toda formada por serviços conveniados e contratados. Cerca de 80% dos serviços especializados e 100% da alta complexidade do estado de Sergipe estão em Aracaju.

Na rede básica são 44 Unidades de Saúde, distribuídas em quatro regiões, que utilizam a estratégia de saúde da família subsumida ao modelo que discutiremos mais adiante. As equipes são multiprofissionais com a incorporação de Assistentes Sociais e de equipes de saúde bucal, até de dezembro de 2004 eram 114 ESF's, com previsão de alcançar 136 em 2005 e 100% de cobertura. Além das UBS's, o Centro de Controle de Zoonoses também está ligado à gestão da rede básica.

Na rede ambulatorial especializada são 3 centros de especialidades médicas e um laboratório municipal de saúde pública em estruturação. Os serviços estão organizados na lógica de adensamento tecnológico, sendo que, o serviço de referência em DST/AIDS, o Centro de Testagem e Aconselhamento e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e o Centro de Especialidades Odontológicas estão incorporados aos Centros de Especialidades desta rede. Os CEMAR estão assim divididos um infantil, um de especialidades ambulatoriais para cuidado temporário e outro voltado para o cuidado prolongado e permanente.

A rede de atenção psicossocial tem 5 Centros de Atenção Psicossocial, sendo um conveniado, um CAPS infantil, um CAPS para Alcoolistas e outras drogas e dois CAPS III.

A rede de urgência e emergência é formada pelo Serviço de Atendimento Municipal de Urgência – SAMU, um serviço Pré-hospitalar fixo, e três urgências hospitalares, sendo uma infantil, uma clínica e mental e outra clínica, cirúrgica e ortopédica.

A Vigilância Sanitária funciona como uma coordenação específica. A Coordenação de Vigilância Epidemiológica foi reestruturada e integrada ao Núcleo de Desenvolvimento de Programas, em uma lógica que será apresentada na discussão sobre a concepção das ações programáticas no modelo.

Situação de saúde

Aracaju convive com uma situação de saúde marcada pelo fenômeno da transição epidemiológica com queda na morbimortalidade por doenças infecciosas transmissíveis e elevação também progressiva da morbimortalidade pelas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) (ARACAJU, 2004).

Mortalidade

O Coeficiente de Mortalidade Geral de Aracaju vêm apresentando estabilidade nos últimos quatro anos, sendo no maior sexo masculino que no feminino. Quanto à mortalidade proporcional segundo causas, observa-se uma diminuição dos óbitos em menores de um ano (8,0% em 2003) e um aumento na idade de 50 anos e mais (66,9% em 2003). Estes valores são melhores do que os apontados pelo IDB - 2003 (com dados de 2001), para a Região Nordeste do país, entretanto foram piores que a média nacional (6,4% e 67,8% para menores de um ano e maiores de 50 anos, respectivamente) (ARACAJU, 2004).

Tabela 1- Coeficientes de mortalidade geral e segundo o sexo (por mil habitantes) e mortalidade proporcional segundo idade (<1 ano e > 50 anos). ARACAJU (SE), 2000-2003.

Coeficiente	2000	2001	2002	2003
Coeficiente de mortalidade geral	5,8	5,8	5,7	5,5
Coeficiente de mortalidade feminina	4,8	5,0	4,7	4,6
Coeficiente de mortalidade masculina	6,8	6,6	6,9	6,4
Mortalidade Proporcional em < 1 ano	11,9	10,9	9,9	8,0
Mortalidade Proporcional em > 50 anos	59,9	63,1	65,1	66,9

Fonte: SIM (ARACAJU, 2004)

Entre as principais causas de óbito (em 2003), destacaram-se as doenças do aparelho circulatório (24,2%), as neoplasias (14,3%) e as causas externas (13,9%). Entretanto, quando a análise é por sexo verifica-se que entre os homens destacaram-se no primeiro posto as causas externas (21,4%) seguidas das doenças do aparelho circulatório (21,1%) e das neoplasias (11,2%). Entre as mulheres a primeira causa refere-se às doenças do aparelho circulatório (28,0%), seguidas das neoplasias (18,1%) e das doenças do aparelho respiratório (10,3%). Cabe ressaltar que o percentual de causas mal definidas esteve abaixo de 10,0% ao longo de toda a série do estudo (ARACAJU, 2004).

Tabela 2- Distribuição em número e percentual de óbito segundo causas. Aracaju (SE), 2000-2003.

Causa	Ano							
	2000		2001		2002		2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
D. do aparelho circulatório	663	25,0	668	24,7	673	24,8	633	24,2
Neoplasias (tumores)	351	13,2	376	13,9	335	12,3	374	14,3
Causas externas de morbidade e mortalidade	370	13,9	370	13,7	357	13,1	363	13,9
D. do aparelho respiratório	205	7,7	232	8,6	264	9,7	240	9,2
D. endócrinas nutricionais e metabólicas	238	9,0	195	7,2	213	7,8	221	8,4
Mal definidas	167	6,3	183	6,8	198	7,3	212	8,1
D. do aparelho digestivo	138	5,2	153	5,7	166	6,1	142	5,4
Afeções originadas no período perinatal	218	8,2	209	7,7	199	7,3	142	5,4
Algumas D. infecciosas e parasitárias	116	4,4	127	4,7	112	4,1	105	4,0
Transtornos mentais e comportamentais	20	0,8	20	0,7	33	1,2	43	1,6
D. do sistema nervoso	28	1,1	31	1,1	37	1,4	40	1,5
D. do aparelho geniturinário	43	1,6	54	2,0	65	2,4	39	1,5
Malformações congênitas	51	1,9	37	1,4	24	0,9	28	1,1
D. do sangue	16	0,6	22	0,8	18	0,7	15	0,6
Gravidez, parto e puerpério	14	0,5	5	0,2	6	0,2	7	0,3
D. da pele e do tecido subcutâneo	14	0,5	8	0,3	9	0,3	6	0,2
D. sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	5	0,2	9	0,3	7	0,3	5	0,2
D. do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1	-	-	-	1	-
Total	2657	100,0	2700	100,0	2716	100,0	2616	100,0

Fonte: SIM. (ARACAJU, 2004)

Conforme referido, as doenças do aparelho circulatório se constituem desde 2000 na principal causa de morte. Em 2003, destacaram-se as doenças cérebro-vasculares - DCV (39,6%), seguidas do infarto agudo do miocárdio (16,3%) e das doenças hipertensivas (14,8%). Estes três grupos de doenças representaram 70,7% das mortes por estas causas e 19,3% do total de óbitos em maiores de 15 anos. O coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi 131,9 por cem mil habitantes, valor inferior ao nacional que foi de 152,7 por cem mil habitantes, em 2001 de acordo com dados do IDB 2003 (BRASIL, 2003). Chama a atenção do elevado percentual de óbitos por DCV em ambos os sexos, cujo coeficiente foi de 44,2 por cem mil habitantes. Por outro lado, o IAM apresentou coeficiente de 18,1 por cem mil habitantes. Maiores coeficientes de mortalidade por DCV quando comparados ao IAM são observados nas Regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste do país, por outro lado, nas Regiões Sul e Sudeste os coeficientes são mais altos e o por IAM são discretamente maiores (BRASIL, 2003).

A segunda causa de óbito foram as neoplasias e destacou-se o CA de pulmão (13,1%), mama (11,0%) e próstata (7,2%). A frequência de CA de pulmão sugere medidas de prevenção, especialmente no combate ao tabagismo, principal fator de risco desta doença. No Brasil estima-se que a taxa bruta de mortalidade por neoplasia de pulmão seja de 18,4 por cem mil habitantes do sexo masculino e 7,9 por cem mil habitantes do sexo feminino (INCA, 2003³). Em Aracaju (2003) esta taxa foi de 15,1 por cem mil homens e de por 5,9 cem mil mulheres (ARACAJU, 2004).

Os três primeiros postos entre os homens foram o CA de pulmão (21,1%), próstata (16,8%) e estômago (6,2%). Ocuparam os três primeiros postos entre as mulheres o CA de mama (19,2%), de colo de útero (9,9%) e de pulmão (7,0 %). Cabe ressaltar que a relação CA mama e colo de útero é de 2:1 (SIM, 2003⁴), inferior à estimativa nacional que é de 2,3 CA de mama para cada CA de colo. Outra questão que merece destaque é o

³ INCA *apud* ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Vigisus II**: Plano de Vigilância em Saúde. Aracaju, SE, 2004.

⁴ SIM *apud* ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Vigisus II**: Plano de Vigilância em Saúde. Aracaju, SE, 2004.

número elevado de CA de útero de porção não especificada, que reflete um preenchimento inadequado da DO e podem estar mascarando o número real de casos de neoplasia de colo de útero., cujo coeficiente foi de 44,2 por cem mil habitantes (ARACAJU, 2004).

A terceira causa de óbito em 2003 foram as causas externas, destacando-se os homicídios (47,4%, sendo 77,3% destes por arma de fogo) seguidos dos acidentes de transporte (22,9%). Estas duas causas foram também as principais entre os homens, representando 53,7% e 22,0% dos óbitos por causas violentas, ou seja, 75,7% dos óbitos. Embora o percentual de óbitos por causas externas venha se mantendo nos últimos quatro anos, 86,8% destas foram responsáveis por mortes em indivíduos do sexo masculino, menores de 50 anos no período de 2000 a 2003. Ações como a implantação do SAMU de Aracaju, em 2002, políticas públicas que favoreçam o desarmamento da população e de educação no trânsito podem estar contribuindo para uma discreta redução do coeficiente de mortalidade por estas causas de 80,2 por cem mil habitantes em 2000 para 75,7 por cem mil habitantes em 2003. Entretanto, o valor é elevado considerando as médias da região Nordeste (55,4 por cem mil habitantes) e do Brasil (71,0 por cem mil habitantes), porém menor que o da região Sudeste (82,9 por cem mil habitantes) conforme dados do IDB 2003 (BRASIL, 2003).

Ao longo dos últimos anos, tem-se obtido um impacto direto no que tange aos indicadores de mortalidade infantil, revelando uma tendência concreta de melhoria da saúde infantil. Em 2003, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 22,5 por mil nascidos vivos (nv) sendo que o componente neonatal precoce foi da ordem de 12,5 por mil nv e o tardio de 4,0 por mil nv. O coeficiente de mortalidade pós-neonatal também apresentou tendência de queda sendo de 6,0 por mil nv, em 2003. Além da queda da mortalidade infantil também houve uma queda importante da natimortalidade, o que pode ser observado na Tabela 3. (ARACAJU, 2004)

A queda da mortalidade infantil possivelmente esta relacionada a dois fatores: a expansão da cobertura do PSF e a implementação de ações hospitalares de assistência ao parto, tais como o aumento do número de leitos obstétricos e de UTI neonatal. O coeficiente de mortalidade infantil estimado para a Região Nordeste em 2001 foi de 43,3 por mil nv, sendo que o componente pós-neonatal foi de 16,7 por mil nv. Em Aracaju a mortalidade pós-neonatal foi, em 2003, 6,0 por mil nv, padrão similar aos das Regiões Sul e Sudeste em 2001.

Tabela 3- Coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes (por mil nv), de natimortalidade (por mil nascimentos) e mortalidade perinatal (por mil nascimentos). Aracaju (SE), 2000-2003.

Coeficiente	Ano			
	2000	2001	2002	2003
CMI neonatal precoce	19,4	19,8	18,8	12,5
CMI neonatal tardio	3,8	3,4	3,5	4,0
CMI neonatal	23,2	23,2	22,2	16,5
CMI pós-neonatal	6,8	6,6	6,4	6,0
CMI	30,0	29,8	28,6	22,5
Coeficiente de natimortalidade	19,1	19,4	18,4	12,3
Coeficiente de mortalidade perinatal	39,1	38,1	38,2	28,1

Fonte: SIM, SINASC (ARACAJU, 2004)

Entre as principais causas de óbitos infantis destacaram-se, em 2003, as afecções do período perinatal (67,9%), as malformações congênitas (11,0%) e as doenças infecciosas e parasitárias (7,7%).

Quando considerada a mortalidade na idade de um a quatro anos, em 2003 destacaram-se doenças do aparelho respiratório (28,6 %), as causas externas (25,0 %) e as mal definidas (14,3%). Quanto às doenças infecciosas e parasitárias, estas ocuparam o 6º posto entre as causas (ARACAJU, 2004).

Morbidade

Para caracterizar o perfil de morbidade de Aracaju selecionei alguns agravos que possuem maior importância epidemiológica. Entre os agravos transmissíveis apresentarei aqueles cuja transmissão é vetorial, os crônicos, os imunopreveníveis, as hepatites e as meningites com base em dados do SINAN. Entre os agravos não transmissíveis, tendo como fonte o SIH, serão apresentadas e discutidas as principais causas de internação.

Agravos de transmissão vetorial

No tocante aos agravos por transmissão vetorial, destaca-se uma importante redução nos casos confirmados de dengue, com 1.235 casos confirmados em 2003 e coeficiente de incidência de 257,4 por cem mil habitantes, com redução de 64,7% em relação a 2002. Aliado ao conjunto de medidas para controle do vetor adotadas no município, provavelmente atingimos um esgotamento de suscetíveis no território, sendo que introdução de um novo sorotipo do vírus (DEN4) poderá desencadear nova epidemia.

A tendência do outro agravo selecionado, a esquistossomose, foi de estabilidade da incidência, inclusive com discreto incremento em 2003 (8,0%). Estabilidade esta que pode ser considerada como medida avaliativa do Programa de Combate à Esquistossomose, uma vez que há busca ativa de casos. Sabe-se que Aracaju possui condições sanitárias e ambientais favoráveis à manutenção da doença (ARACAJU, 2004).

Tabela 4- Coeficientes de incidência por cem mil habitantes de agravos de notificação confirmados. Aracaju (SE), 2000-2003.

Agravos	ANO			
	2000	2001	2002	2003
Esquistossomose	233,6	210,1	188,6	203,4
Dengue	416,2	316,0	397,3	257,4

Fonte: SINAN (SMS, 2004 A).

Agravos transmissíveis crônicos

Dos agravos transmissíveis crônicos, destaca-se a tuberculose, a hanseníase e a AIDS, todos apresentando aumento de incidência no período (Tabela 5).

Tabela 5- Coeficientes de incidência por cem mil habitantes de agravos de notificação crônicos. Aracaju (SE), 2000-2003.

Agravos	ANO			
	2000	2001	2002	2003
Tuberculose	55,7	51,2	43,2	47,5
Hanseníase	38,8	30,5	35,7	52,7
AIDS	7,6	6,4	8,9	12,5

Fonte: SINAN (SMS, 2004 A).

Quanto à Tuberculose, observou-se um grande número de casos residentes em outros municípios, sendo que do total, em 1999 apenas 55,8% residiam em Aracaju. Esta situação vem se alterando, entretanto, ainda em 2003, 15,2% dos casos notificados tratavam-se de não residentes, sendo 3,6% deles procedentes dos Estados de Alagoas e Bahia.

A taxa de abandono do tratamento da Tuberculose também foi afetada pelo número de não residentes que realizam tratamento em Aracaju, no ano de 2003, a taxa de abandono entre os residentes no município era de 8,3% (atingindo pela primeira vez valor abaixo da meta de 10,0%) entretanto entre os residentes de municípios do interior do Estado de Sergipe esta taxa foi de 16,7% (Tabela 6).

Tabela 6- Distribuição % de casos de abandono de tratamento de tuberculose segundo residência. Aracaju (SE), 1999-2003.

Residência	ANO				
	1999	2000	2001	2002	2003
Aracaju	19,4	13,2	14,6	11,7	8,3
Outros municípios de Sergipe	16,0	4,8	-	-	16,7
Outras Unidades da Federação	8,7	-	-	-	-
Total	17,0	10,6	14,3	11,4	9,3

Fonte: SINAN (SMS, 2004 A)..

Quanto aos casos de hanseníase, também ocorreram casos de residentes do interior que realizam o tratamento na capital (Tabela 7). A taxa de incidência de hanseníase em 2003 foi de 5,0 por 10.000 habitantes, e pode ser considerada como nível hiperendêmico. Encontrava-se em registro ativo 273 casos, sendo 133 da forma paucibacilar e 140 multibacilares.

Tabela 7- Casos notificados de hanseníase segundo residência. Aracaju (SE), 1999-2003.

Residência	Ano									
	1999		2000		2001		2002		2003	
	Nº	%								
Aracaju	165	62.3	179	70.8	143	88.8	169	73.2	253	71.9
Outras Unidades da Federação	6	2.3	1	0.4	-	-	2	0.9	2	0.6
Outros municípios de Sergipe	94	35.5	73	28.9	18	11.2	60	26.0	97	27.6
Total	265	100.0	253	100.0	161	100.0	231	100.0	352	100.0

Fonte: SIINAN (SMS, 2004 A)..

A AIDS apresentou tendência de aumento da incidência, especialmente em 2003, principalmente entre as mulheres (Tabela 8). Outro dado importante é o aumento de casos entre residentes no interior do Estado (Tabela 9). Provavelmente estes dados apontaram a melhora no diagnóstico da doença.

Tabela 8. Casos de AIDS segundo o sexo. Aracaju (SE), 2000-2003.

Ano	Sexo		Total	Relação mulher/homem
	Homens	Mulheres		
2000	26	7	33	0,3
2001	21	9	30	0,4
2002	29	8	37	0,3
2003	37	23	60	0,6

Fonte: SIINAN (SMS, 2004 A).

Tabela 9- Casos de AIDS segundo local de residência. Aracaju (SE), 2000-2003.

Residência	Ano			
	2000	2001	2002	2003
Aracaju	33	30	37	60
Outros municípios de Sergipe	37	14	33	65
Outras Unidades da Federação	9	6	5	8
Total	79	50	75	133

Fonte: SIINAN (SMS, 2004 A)..

Situação das hepatites

A incidência de hepatite vem aumentando, sendo que o número de casos notificados foi 172,2% maior em 2003 em relação a 2002. Além disto houve melhora no diagnóstico, uma vez que houve crescimento no período de diagnóstico confirmado por exames laboratoriais (Tabela 10 e 11).

Tabela 10- Casos notificados de hepatite segundo critério de confirmação. Aracaju (SE), 2000-2003.

Ano	Critério de Confirmação						Total
	Clínico	Clínico	Laboratorial	Descartado	Ignorado	Inconclusivo	
	laboratorial	epidemiológico					
2000	15	10	-	1	-	-	26
2001	3	1	1	1	49	2	57
2002	15	1	11	2	5	20	54
2003	60	-	34	21	1	31	147

Fonte: SIINAN (SMS, 2004 A)..

Tabela 11- Casos confirmados de hepatite segundo classificação etiológica. Aracaju (SE), 2003.

Ano	Vírus B	Vírus C	Vírus B + C	Outras Hepatites Virais	Vírus A	Ign/Branco	Total
2000	-	3	-	-	2	2-	25
2001	1	1	1	-	1	1	5
2002	8	5	2	1	9	2	27
2003	12	44	1	-	36	1	94

Fonte: SIINAN (SMS, 2004 A)..

Doenças imunopreviníveis e meningites

As doenças imunopreviníveis vêm apresentando tendência de queda, o que se dá pelos altos índices de cobertura vacinal obtidos pelo município e pela inclusão de novos imunógenos no Programa Nacional de Imunização. Em Aracaju conta com 45 salas de vacinação distribuídas em quatro regiões e supera as metas tanto nas campanhas quanto na vacinação de rotina (Tabela 12), provavelmente por invasão da rede por moradores das cidades contíguas.

Tabela 12- Síntese da cobertura vacinal por imunobiológico. Aracaju (SE), 2003.

IMUNOBIOLÓGICO	IDADE	IMUNIZADOSA	COBERTURA (%)
Contra Poliomielite a	< 1 ano	9301	108,5
BCG a	< 1 ano	8959	104,5
Contra Hepatite B a	< 1 ano	8574	100,0
Tetraivalente a	< 1 ano	9203	107,4
Tríplice Viral a	1 a 4 anos	12621	149,6
Gripe c	60 e mais	36244	107,7
Pólio (Campanha Junho)	< 1	9365	109,3
Pólio (Campanha Junho)	1 a 4	35630	103,8
Pólio (Campanha Agosto)	< 1	9236	108,8
Pólio (Campanha Agosto)	1 a 4	35937	104,7

a: com 3ª dose./ b: com 2ª dose / c: com 1 dose /

Meta para menores de um ano: 8571.

Meta para idade de um a quatro anos: 8438.

Meta para idade de 60 anos e mais: 33642.

Fonte: SI-API.

Entretanto, se foram atingidas cobertura adequadas ao longo dos anos, é necessário intensificar estratégias para a manutenção dos imunógenos e da rede de frio. A infra-estrutura para manutenção do PNI conta com uma pequena central de para acondicionamento e abastecimento periódico das unidades de saúde (fluxo mensal/semanal) com insumos e materiais. Recebe e distribui mensalmente o quantitativo equivalente a 60.000 doses de imunobiológicos, para tal dispõe de cinco geladeiras comerciais, três frízeres e duas geladeiras industriais que os mantêm acondicionados em temperatura ideal. Porém, o problema mais crítico reside na inexistência de gerador que garanta a conservação dos imunógenos no caso de falta de energia elétrica.

Dos agravos imunopreviníveis foram notificados e confirmados em 1999, 95,3%, e em 2003, 38,5%, o que mostra que a notificação está cada vez mais sensível, inclusive com notificações de PFA em 2002.

Também se observa que o sarampo está eliminado desde 2000, porém, no período, houve quatro casos de coqueluche (dois em menores de um ano) dois casos de difteria (em maiores de 20 anos), cinco casos de tétano acidental (todos indivíduos maiores do que 35 anos, e do sexo masculino) e um caso de tétano neonatal (em 2000). Quanto aos casos de rubéola, 29,6% tratava-se de crianças menores de cinco anos. Cabe ressaltar que dos casos de doenças imunopreviníveis notificados 49,0% referiam-se a crianças menores de 10 anos e os demais pertencentes a outras faixas etárias (Tabela 13 e 14).

Tabela 13- Casos notificados de doenças imunopreviníveis e meningite. Aracaju (SE), 1999-2003.

ANO DA NOTIFICAÇÃO	ANO				
	1999	2000	2001	2002	2003
Coqueluche	3	-	1	2	-
Difteria	1	1	2	1	-
Doenças Exantemáticas	118	110	81	96	47
Poliomielite / Paralisia Flácida Aguda	-	-	-	2	-
Raiva Humana	-	1	-	-	-
Síndrome da Rubéola Congênita	-	-	1	5	-
Tétano Acidental	1	-	3	-	1
Tétano Neonatal	-	1	-	-	-
Meningite	67	60	54	62	43
Total	190	173	142	168	91

Fonte: SIINAN (SMS, 2004 A)..

Tabela 14- Casos confirmados de doenças imunopreveníveis e meningite. Aracaju (SE), 1999-2003.

CONFIRMADOS	ANO				
	1999	2000	2001	2002	2003
Coqueluche	3	-	1	-	-
Difteria	-	1	1	-	-
Doenças Exantemáticas	55	36	26	4	3
Sarampo	16	-	-	-	-
Rubéola	39	36	26	4	3
Poliomielite	-	-	-	-	-
Raiva Humana	-	1	-	-	-
Síndrome da Rubéola Congênita	-	-	-	-	-
Tétano Acidental	1	-	3	-	1
Tétano Neonatal	-	1	-	-	-
Meningite	67	60	40	34	28
TOTAL	181	135	97	42	35

Fonte: SIINAN (SMS, 2004 A)..

Especificamente, quanto aos casos de meningite, observa-se redução global do número de casos confirmados, sendo que desde 2002 não há casos por meningite por haemófilos, reflexo da introdução de novos imunizantes no PNI.

Doenças e agravos não transmissíveis

No tocante aos agravos não transmissíveis, destacam-se aqueles que mais causaram impacto na morbimortalidade, ou os de alta prevalência populacional e seus fatores de risco. Neste sentido, cabe ressaltar, os casos de hipertensão e diabetes cuja prevalência é da ordem de respectivamente 7,7% e 2,5% em maiores de 20 anos, e ainda que o valor esteja situado aquém do esperado (segundo estimativas do Ministério da Saúde a prevalência de há em maiores de 20 anos é de 22,0% e de DM é de 8,0% dos maiores de 40 anos), representam 20898 e 6848 pacientes cadastrados em 2004 (SIAB, 2004).

Destacaram-se também as neoplasias, em especial as de pulmão, mama e colo de útero, e próstata pelas suas características de evitabilidade ou diagnóstico precoce. Além disto, as causas externas, que devem ter uma abordagem multisetorial, uma vez que são responsáveis pelo aumento do APVP do município, e, portanto, pela redução da EV, pois é a população mais jovem sua maior vítima.

Entre as principais causas de internação hospitalar na rede SUS (Tabela 15), excetuando as internações por gravidez, parto e puerpério, destacaram-se, em 2003, as doenças do aparelho digestivo (14,3%), do aparelho respiratório (12,6%), e circulatório (11,0%).

Convém ressaltar que entre as causas que figuram entre as três primeiras causas de morte, destaca-se apenas a internação pelas doenças do aparelho circulatório, 3º causa de internação. As outras duas causas, as neoplasias e as causas externas representaram ambas 9,5% das internações hospitalares. Quanto às doenças endócrinas nutricionais e metabólicas estas ocuparam o 9º posto, o que correspondeu a 3,9% das internações.

Tabela 15- Distribuição nº e % do motivo principal das internações hospitalares segundo capítulo do CID-10. Aracaju (SE), 2000-2003.

Capítulo	ANO							
	2000		2001		2002		2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
D. do aparelho digestivo	2620	13,4	2982	14,3	2869	14,0	2886	14,3
D. do aparelho respiratório	2665	13,7	2685	12,8	3074	15,0	2548	12,6
D. do aparelho circulatório	1950	10,0	2441	11,7	2226	10,8	2219	11,0
D. do aparelho geniturinário	2029	10,4	1922	9,2	1934	9,4	2026	10,0
Lesões e envenenamentos	2135	11,0	1954	9,3	1708	8,3	1918	9,5
Algumas D. infecciosas e parasitárias	1389	7,1	1778	8,5	1963	9,6	1916	9,5
Neoplasias (tumores)	1094	5,6	1174	5,6	1757	8,6	1914	9,5
Transtornos mentais e comportamentais	1319	6,8	1256	6,0	1284	6,3	1097	5,4
D. endócrinas nutricionais e metabólicas	769	3,9	963	4,6	957	4,7	796	3,9
D. sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	570	2,9	489	2,3	547	2,7	569	2,8
Afecções originadas no período perinatal	575	3,0	788	3,8	327	1,6	405	2,0
Contatos com serviços de saúde	608	3,1	677	3,2	381	1,9	383	1,9
Mal definidas	421	2,2	340	1,6	284	1,4	355	1,8
D. da pele e do tecido subcutâneo	373	1,9	515	2,5	253	1,2	272	1,3
D. do olho e anexos	73	0,4	93	0,4	162	0,8	248	1,2
Malformações congênitas	125	0,6	125	0,6	200	1,0	238	1,2
D. sangue	164	0,8	200	1,0	266	1,3	212	1,0
D. do sistema nervoso	354	1,8	366	1,8	303	1,5	199	1,0
D. do ouvido e da apófise mastóide	51	0,3	45	0,2	28	0,1	22	0,1
Causas externas	199	1,0	117	0,6	13	0,1	4	0,0

Fonte: SIH-SUS.

Entre as doenças do aparelho circulatório, destacou-se em 2003 o grupo das insuficiências cardíacas (18,6%) e das doenças hipertensivas (11,2%) e suas prováveis conseqüências (acidente vascular cerebral, doenças isquêmicas do coração, Infarto agudo do miocárdio e hemorragia intracraniana) que juntas representaram 34,7% das internações por causas circulatórias (Tabela 16).

Este resultado indica que devem ser implementadas medidas de prevenção em relação à hipertensão arterial, que vão desde a maior captação de pacientes, tratamento precoce, medidas educativas junto aos profissionais de saúde e junto à população, abordando os temas da atualidade na prevenção aos fatores de risco das doenças não transmissíveis, tais como combate ao sedentarismo e à obesidade, adoção de dieta saudável, combate ao tabagismo e ao abuso de álcool⁵. Este conjunto de medidas tem a capacidade de impactar não só os casos decorrentes das causas circulatórias bem como outras patologias de importância na morbimortalidade.

⁵ MS/SVS - Fórum DANT, Fortaleza, novembro de 2004.

Tabela 16- Distribuição de internações hospitalares segundo doenças do aparelho circulatório. Aracaju (SE), 2000-2003.

Causa	ANO			
	2000	2001	2002	2003
Insuficiência cardíaca	551	700	497	412
Acidente vascular cerebral não especificado	294	322	279	280
Outras doenças isquêmicas do coração	116	173	238	264
Hipertensão essencial (primária)	90	104	200	249
Hemorróidas	91	112	137	215
Veias varicosas das extremidades inferiores	175	115	168	200
Infarto agudo do miocárdio	82	141	156	127
Hemorragia intracraniana	62	62	209	99
Transtornos de condução e arritmias cardíacas	29	67	54	62
Doença reumática crônica do coração	9	6	36	58
Demais	451	639	252	253
Total	1950	2441	2226	2219

Fonte: SIH-SUS.

A quinta causa de internação hospitalar foram as neoplasias, e destacou-se a de laringe (16,2%) e de colo de útero (14,0%). O CA de mama (6,4%) ocupou o sexto posto. Também chama a atenção que o CA de pulmão (0,9%), primeira causa de mortalidade não esteja entre os mais freqüentes motivos de internação (22º posto). Possivelmente pelas características inerentes ao próprio SIH, que informa o motivo da internação no momento da entrada do paciente, sendo que este pode mudar durante a internação.

Tabela 17- Distribuição de internações hospitalares segundo neoplasias malignas. Aracaju (SE), 2000-2003.

Causa	Ano			
	2000	2001	2002	2003
Neoplasias malignas de laringe	6	1	144	156
Neoplasia maligna do colo do útero	115	108	120	135
Neopl maligna mal definida	35	20	31	133
Neoplasia maligna do lábio cavidade oral e faringe	30	29	57	66
Neoplasia maligna da mama	79	46	52	62
Neoplasia maligna do osso	46	43	33	49
Outras neoplasias malignas da pele	8	10	43	42
Outras neopl malignas órgãos genitais femininos	49	73	57	30
Neoplasia maligna do cólon	19	13	38	29
Neoplasia maligna da próstata	5	5	28	29
Neopl maligna útero (porção não especificada)	106	148	170	28
Neopl maligna de junção reto-sigmóide reto ânus canal anal	8	9	18	25
Neoplasia maligna do encéfalo	24	27	50	25
Outras neoplasias malignas de órgãos digestivos	13	16	14	20
Outras neoplasias malignas dos órgãos respiratórios	3	2	6	17
Neoplasia maligna do estômago	7	6	16	14
Outras neoplasias malignas do trato urinário	13	11	3	13
Neoplasia maligna da pele	1	2	22	12
Outras neoplasias malignas órgãos geniturinários masculinos	13	8	14	12
Neoplasia maligna do esôfago	2	3	13	10
Leucemia	4	-	6	10
Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulmão	-	1	8	9
Demais	18	18	24	37
Total	604	599	967	963

Fonte: SIH-SUS.

Quanto às internações pelas doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Tabela 18), destacaram-se, em 2003, a desnutrição (36,1%) e o diabetes *mellitus* (32,5%). Cabe ressaltar que a desnutrição distribuiu-se por todas as faixas etárias sendo que 12,5% foram crianças menores de cinco anos. Entretanto a taxa de mortalidade hospitalar foi de 15,7%. A implementação do Sistema de Vigilância Alimentar, a inclusão de famílias em Programas de distribuição de renda (Bolsa Família) podem contribuir para minimizar este quadro. Embora a prevalência de desnutrição venha diminuindo em todas as faixas de idade, ela ainda é elevada principalmente em crianças de baixa renda.

A diabetes, a primeira causa isolada de óbito, representou a segunda causa de internações por causas endócrinas. Por outro lado, a taxa de mortalidade hospitalar por esta causa foi de 10,3% (DATASUS).

Tabela 18- Distribuição de internações hospitalares segundo doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Aracaju (SE), 2000-2003.

Causa	Ano			
	2000	2001	2002	2003
Desnutrição	343	518	416	287
Diabetes <i>mellitus</i>	213	245	287	280
Depleção de volume	74	42	152	128
Outros transtornos endócrinos nutricionais metabólicos	107	100	57	47
Outros transtornos tireoidianos	24	46	21	43
Obesidade	-	-	12	7
Tireotoxicose	8	12	10	4
Transtornos tireoidianos relacionados à deficiência de iodo	-	-	2	-
Total	769	963	957	796

Fonte: DATASUS/SIH-SUS.

No tocante às causas externas (Tabela 19), terceira causa de morte e quinta causa de internação, chama a atenção a quantidade de internações por quedas (26,7% em 2003). Este dado pode estar apontando baixa qualidade na informação do Sistema de internações hospitalares do SUS (SIH) uma vez que a introdução do campo informando a causa externa no SIH, além da natureza da lesão, possibilitou o uso da informação do SIH para análise sobre os acidentes ou violências. Entretanto é necessário que o campo seja preenchido corretamente. Por outro lado, pelas próprias características do SIH, há uma baixa preocupação com a qualidade da informação para uso em vigilância. (ARACAJU, 2004)

Tabela 19- Distribuição de internações hospitalares segundo causas externas. Aracaju (SE), 2000-2003.

Causa	Ano			
	2000	2001	2002	2003
W01 Queda mesmo nível	716	629	385	514
Y34 Fatos ou eventos de intenção não determinada	353	369	437	288
W10 Queda em ou de escadas ou degraus	19	67	146	206
W18 Outras quedas no mesmo nível	139	180	148	196
X12 Contato c/outr líquidos quentes	29	30	34	61
X09 Exposição a tipo NE de fumaças fogo chamas	41	67	76	59
W19 Queda sem especificação	103	71	78	54
X19 Contato outras fontes calor substância quentes	23	4	8	49
V87 Acidente de trânsito com modo de transporte NE	48	38	27	44
V09 Pedestre traumatizado em acidente de transporte NE	19	25	17	38
V99 Acidente de transporte NE	33	23	22	36
V29 Motociclista traumatizado em acidente de transporte NE	14	20	28	25
X01 Exposição ao fogo	10	5	6	24
V49 Ocupante de automóvel NE	11	16	4	23
W17 Outras quedas de um nível a outro	17	16	9	23
X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	37	29	36	21
Demais	722	482	260	261
Total	2334	2071	1721	1922

Fonte: SIH-SUS.

CAPÍTULO III-
UM RELATO SOBRE A CONSTRUÇÃO
DO PROJETO SAÚDE TODO DIA

Me.mo.rial, adj. (lat. *memoriale*). 1. que traz à memória. 2. o mesmo que memorável. sm 1 livrinho de lembranças. 4. escrito em que se acham registrados fatos memoráveis. (MICHAELIS, 1998).

Memorial, este é o nome pelo qual ficou conhecido um dos principais documentos que sintetizam o conjunto de proposições elaboradas e experimentadas ao longo da gestão. Este é um dos principais documentos dentre os que serão utilizados para descrever a proposta de Modelo Tecno-assistencial construída na experiência da gestão da SMS de Aracaju. Faz-se necessário registrar que o documento em referência não traz o termo **memorial** impresso em seu corpo, mas este é o nome do arquivo que foi reproduzido e disponibilizado em CD-Rom e se encontra na rede corporativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e será o termo utilizado neste texto para fazer referência ao documento. O arquivo é datado de 18 de setembro de 2003 e seu conteúdo foi elaborado durante os dois meses anteriores. O Memorial do Projeto Saúde Todo Dia surgiu do esforço de se realizar um balanço dos pouco mais de dois anos e meio de gestão (52 meses) a fim de se identificar necessidades de investimentos para a consolidação do projeto (ARACAJU, 2003b). Sua elaboração teve como ponto de partida a realização de duas oficinas de trabalho que contaram com a participação de dirigentes das áreas assistenciais e das áreas meio da SMS. Estas oficinas tiveram como objetivo realizar um levantamento do estágio em que se encontravam áreas estratégicas da SMS, principalmente assistenciais, e pactuar os investimentos necessários para a consolidação dos projetos destas áreas. Os investimentos identificados vêm, desde então, sendo submetidos à apreciação de várias fontes de financiamento, principalmente àquelas do Ministério da Saúde. O documento, em sua apresentação, se propõe a ser “um relato da política de saúde que vem sendo desenvolvida em Aracaju, descrevendo seus principais componentes teóricos e sua tradução na implantação de um modelo tecno-assistencial a que denominamos Projeto Saúde Todo Dia” (ARACAJU, 2003b).

Ainda em sua apresentação o Memorial situa os referenciais teóricos, pensadores e influências de outras experiências municipais na saúde que inspiram o projeto:

É necessário dizer que toda a reflexão deste coletivo é fortemente influenciada pela leitura de alguns pensadores e coletivos militantes da reforma sanitária brasileira dentro os quais cumpre-nos citar:

O Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – *LAPA/UNICAMP*;

O movimento de transformação das escolas médicas representado pela CINAEM;

As experiências municipais da saúde nas gestões petistas de Santos, Campinas e Belo Horizonte entre outras;

O movimento da reforma anti-manicomial;

O pensamento estratégico de Mário Testa;

O movimento estudantil de medicina;

Não poderíamos deixar de citar pensadores como Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy, Paulo Freire, Milton Santos, os Institucionalistas, Deleuze e Guatarri, Carlos Matus, Canguillhen, Foucault, dentre os que têm mais forte influência sobre nosso trabalho. (ARACAJU, 2003b, p.5)

A partir deste ponto o documento traz a advertência de que não fará referências às fontes utilizadas e, de certo modo, se desculpa por este fato “Apesar de reconhecermos a necessidade de explicitar o debate realizado com todas estas produções o tempo não nos permitiu fazê-lo com a sistematicidade que a produção do conhecimento requer” (ARACAJU, 2003b). Fica declarada nesta apresentação a intenção de um reconhecimento da experiência como produtora de conhecimentos no campo das políticas de saúde e da Saúde Coletiva.

A Dimensão Política do Projeto Saúde Todo Dia

Quando elaboram projetos tecno-assistenciais, os formuladores de políticas estão produzindo, antes de tudo, projetos políticos;

Sob a configuração institucional, um modelo é a organização de uma dada forma do poder político, e como tal tem de expressar uma dada conformação do Estado (MERHY, 1992).

Para compreendermos o contexto em que esta experiência se desenvolve é necessário situar as condições em que a direção da SMS de Aracaju assumiu a gestão para o período de 2001 a 2004. O mandato do prefeito iniciou em uma conjuntura de intensa mobilização política de forças progressistas no município. O prefeito fora eleito em primeiro turno após uma campanha em que não era o favorito e, apesar de ter um histórico de votações maciças para mandatos legislativos, pesava sobre sua candidatura a falta de experiência administrativa. A nova gestão municipal trazia a promessa de mudanças, expressa pelo documento como:

A escolha de um governo democrático e popular nas eleições de 2000 em Aracaju torna concreta a possibilidade de realizar no plano municipal uma política de saúde coerente com uma sociedade mais solidária, eqüitativa e includente. O governo municipal de Aracaju, a partir de 2001, lançou-se à tarefa de implementar no município um Sistema de Saúde capaz de reverter para a sociedade os princípios constitucionais da saúde como um direito de cidadania. (ARACAJU, 2003b, p. 5)

Após a campanha vitoriosa, a militância da área da saúde tinha como certa a indicação de um quadro do partido para a Secretaria de Saúde, entretanto, contrariando as expectativas da militância, o secretário indicado pelo prefeito não havia participado da campanha. Esta conformação, um governo municipal com grande respaldo popular para implementar mudanças que opta por introduzir um novo sujeito no cenário da saúde local, produz um não senso entre os atores sociais instituídos criando a possibilidade do surgimento de processos instituintes¹ e de reconfiguração das forças atuantes na política de saúde do município. As tensões, e mesmo os conflitos, decorrentes desta conjuntura obrigaram ao gestor a articulação de uma agenda estratégica para a consolidação de sua aposta, qual seja, a de ampliar a interlocução e os interlocutores em torno da construção de um projeto de política de saúde para o município de Aracaju. Esta agenda teve como pontos principais, ou grandes passos, segundo o Memorial:

¹ De acordo com BAREMBLITT (1996), instituinte é o processo mobilizado por forças-produto-desejante-revolucionárias, que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais.

Os grandes passos tomados pela gestão para viabilizar as condições para execução de uma política coerente com o modelo conceitual declarado foram:

Adequação e ampliação da rede para garantir o acesso

Acolhimento como tecnologia para garantir o acesso

Ampliação dos interlocutores da saúde em Aracaju

Formação de um coletivo dirigente

Capacitação permanente

Gestão Plena do Sistema. (ARACAJU, 2003b, p. 8)

Esta agenda estratégica é identificada por alguns pensadores do coletivo dirigente como um arranjo de dispositivos² instituintes:

a gestão da SMS de Aracaju apostou na criação de alguns dispositivos organizacionais para conseguir o envolvimento dos trabalhadores na construção de um modelo tecno-assistencial [...] ao lado de ações estruturadas [...] organizou-se um conjunto de intervenções articuladas à compreensão do processo de trabalho em saúde a partir das necessidades de saúde dos usuários. (SANTOS et al., 2003b)

O “projeto de política” referido anteriormente ou modelo conceitual como está citado no documento é apresentado no Memorial como um “Modelo Teórico que orienta a formulação das intervenções” (ARACAJU, 2003b). No documento a teoria é apresentada em primeiro lugar e posteriormente são relatados os passos necessários à consolidação dos marcos conceituais enunciados. Entretanto, estas etapas percorridas podem ser consideradas como dispositivos que permitiram a construção de fato, e no imaginário dos coletivos

² Segundo o Compêndio de Análise Institucional, dispositivo é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o Novo Radical. Em um dispositivo, a meta a alcançar e o processo que a gera são imanentes entre si. (BAREMBLITT, 1996)

envolvidos, dos componentes do modelo tecno-assistencial. Por isso, antes de apresentar a teoria que orienta a prática política no Modelo Saúde Todo Dia é interessante compreender a situação concreta encontrada pela gestão da SMS e o significado de cada intervenção realizada sobre o Sistema de Saúde. Os grandes passos citados pelo Memorial podem ser caracterizados como intervenções nos seguintes componentes da gestão:

1. Infra-estrutura: adequação e ampliação da rede para garantir o acesso;
2. Processo de trabalho: acolhimento como tecnologia para garantir o acesso;
3. Controle social: ampliação dos interlocutores da saúde em Aracaju;
4. Modelo de gestão: formação de um coletivo dirigente;
5. Política de pessoal: capacitação permanente;
6. Condição de gestão municipal: Gestão Plena do Sistema;

Do ponto de vista da infra-estrutura a situação da rede básica, a única rede de serviços implantada na gestão anterior, era de precariedade da infra-estrutura, desabastecimento de medicamentos e insuficiência de oferta de até 50% em alguns locais da cidade.

O início da gestão, em 2001, foi marcado por um extenso diagnóstico da capacidade instalada na rede básica e das condições da infra-estrutura existente. Além da insuficiência de serviços havia ainda uma precariedade muito grande em relação à estrutura dos equipamentos existentes. Para enfrentar esta realidade foi concebido um plano de ampliação e adequação física de toda a rede básica. (ARACAJU, 2003b, p. 8)

Do ponto de vista do processo de trabalho, e com vistas à melhoria do acesso, além da ampliação da oferta foi iniciada uma intervenção no processo de trabalho das Unidades de Saúde para implantação do Acolhimento. Todos os serviços da Rede Básica, até então, trabalhavam com abertura de agenda para consultas médicas no início da semana, ou do mês, e o critério para o acesso a estas vagas era por ordem de chegada. Além da

desassistência, o resultado desta estratégia de acesso eram as enormes filas que se iniciavam na madrugada anterior aos dias de marcação de consulta e o comércio de lugares em filas e de “fichas” para atendimento. As Unidades de Saúde que já possuíam o Programa de Saúde da Família trabalhavam com uma agenda rígida, com os turnos da tarde reservados às atividades programáticas, coletivas e na comunidade e as manhãs reservadas ao atendimento individual com pequena oferta à demanda espontânea e turnos inteiros dedicados a grupos prioritários.

foi necessário romper com a cultura do acesso burocratizado e excludente através de filas e distribuição de fichas para consultas individuais. A implantação do acolhimento foi a primeira intervenção sobre o processo de trabalho da rede básica. A proposta do acolhimento é ampliar o acesso através da substituição do critério ‘fila’ pela necessidade devidamente qualificada por profissionais de saúde. A partir do acolhimento o usuário deve ter acesso a um conjunto de ações que seja mais adequado às suas necessidades. (ARACAJU, 2003b, p.9)

O processo de implantação do Acolhimento foi iniciado pelas Unidades com Programa de Saúde da Família, no primeiro ano, e atingiu todas as Unidades da Rede Básica até o final do segundo ano. A discussão inicial com as equipes de saúde foi realizada em um grande fórum e a implantação foi realizada gradualmente através de grupos de apoiadores da gestão. De acordo com históricos da Ouvidoria a dificuldade de acesso, que era um grande motivo de reclamação da população no primeiro ano, foi substituída, nos anos seguintes pelas reclamações por mau atendimento e dificuldade de acesso às especialidades.

A partir da implantação do Acolhimento os serviços passaram a disponibilizar o tempo dos profissionais para acolher uma demanda da população adscrita que, até então, estava reprimida, ou inadequadamente atendida nos Pronto Atendimentos e Pronto Socorros. Esta disponibilidade de profissionais na Unidade de Saúde, com cumprimento de horário, foi um dos pactos com a população nas Conferências Locais e na VI Conferência Municipal de Saúde e era uma condição para que o Acolhimento funcionasse durante todo o dia (ARACAJU, 2002b).

Outro aspecto, relacionado ao Acolhimento e à adequação da infra-estrutura, foi a definição de um padrão visual e de conforto para os estabelecimentos do município “aliado a uma intervenção profissional acolhedora foi estabelecido um padrão visual para as Unidades de Saúde conferindo aos serviços uma estética também acolhedora” (ARACAJU, 2003b).

Com relação à interlocução com a sociedade e os diversos atores envolvidos na construção da política, a gestão fez a opção de ampliar a participação de usuários e trabalhadores para além dos interlocutores tradicionais, como os sindicatos e movimentos sociais já organizados. Realizou esta ampliação através da constituição de Conselhos Locais de Saúde a partir dos quais iniciou a discussão de mudança do processo de trabalho, da forma de acesso aos serviços e das diretrizes de modelo produzindo pactos com as comunidades que seriam referendados na Conferência Municipal.

Iniciar um processo gradativo de ruptura com a cultura instituída só foi possível graças à ampliação dos interlocutores da saúde. Esta ampliação foi feita através da constituição de 44 Conselhos Locais de Saúde, junto com os quais se definiu como seria feita a ampliação da rede e como se daria a implantação da nova modalidade de acesso aos serviços, o acolhimento. A grande articulação em torno de uma nova proposta de saúde para o município permitiu que a Conferência Municipal de Saúde se efetivasse como fórum legítimo de formulação da política, sendo a primeira Conferência a ser encerrada com o cumprimento de sua pauta na totalidade. (ARACAJU, 2003b, p. 9)

Até aquele momento, na história da política de saúde do município de Aracaju, os conselhos e conferências eram realizados por distrito e ainda não havia ocorrido uma Conferência Municipal que conseguisse chegar ao final de sua programação com todo seu relatório aprovado. A VI Conferência Municipal de Saúde, com o tema Acolhimento e Garantia de Acesso no SUS: Uma construção de Todos, tornou-se um marco da saúde do município, seja pela ampliação do controle social através dos conselhos locais, seja pelo ineditismo em se produzir um amplo acordo entre os atores sociais representados naquele fórum sobre as diretrizes do modelo a ser implantado (ARACAJU, 2002b). Entretanto, os

Conselheiros Locais só viriam a ter acesso à representação no Conselho Municipal, furando a articulação dos grupos organizados, após a VII Conferência Municipal, em 2004 (ARACAJU, S.D.b).

Ainda como forma de ampliar e qualificar o controle social a SMS implantou a Ouvidoria que, além de propiciar aos usuários um canal direto com os dirigentes, tem se mostrado uma interessante ferramenta de gestão e avaliação do impacto da política, “dos 1266 processos, 94,5% foram concluídos, ficando 5,5% sem retorno do setor demandado”.(ARACAJU, 2004c)

Tabela 20-Distribuição das solicitações ao serviço de ouvidoria da SMS, por assunto demandado. Aracaju (SE), 2003.

ASSUNTO DEMANDADO	Nº	%
Trabalhador	641	50,6
Marcação de Exames	399	31,5
Estruturas Físicas	123	9,7
Vigilância Sanitária	11	0,9
Cartão SUS	14	1,1
Dengue	3	0,2
Medicamentos	58	4,6
Zoonoses	2	0,2
Anbulâncias (SAMU)	15	1,2
TOTAL	1266	100,0

FONTE: SERVIÇO DE OUVIDORIA/SMS ARACAJU

Sobre os canais tradicionais de interlocução com a sociedade e o controle social, uma situação particular no estado de Sergipe, é a utilização da mídia falada. Praticamente todas as emissoras de rádio AM e FM possuem seu programa matinal de entrevistas com canal aberto à manifestação da população. Estes programas são utilizados como veículos de pressão política e foram largamente empregados para atacar a gestão da Secretaria, utilizando como uma das principais linhas de argumentação a desqualificação dos quadros dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde. Durante todo o primeiro ano da gestão foi divulgada a versão de que a alta direção da SMS era composta por estrangeiros³. Ironicamente a grande maioria dos altos dirigentes era de Sergipe, entretanto, atuando fora do estado há algum tempo. Apenas duas Coordenações⁴, da Vigilância Sanitária e da Auditoria Médica, foram ocupadas por técnicos de origem em Minas Gerais. Outro argumento utilizado para desqualificar os quadros dirigentes foi o fato de serem jovens, o que foi veiculado como se todos fossem estagiários.

Do ponto de vista do modelo de gestão foi necessário realizar um grande movimento de adequação do sistema de direção à proposta que estava sendo construída. Todas as Coordenações criadas passaram a compor um colegiado de gestão da SMS. Nas áreas meio foi realizado um completo redesenho com a profissionalização dos processos administrativos, sendo criadas as Coordenações Financeira, de Logística e de Pessoal, antes reunidas em uma só Diretoria Administrativa que controlava o recurso financeiro, mas não os processos administrativos. Em relação às áreas assistenciais foram desmembradas as Coordenações de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária, a Diretoria de Saúde teve sua principal modificação na gestão da rede básica. A Coordenação do PSF foi extinta sendo criadas quatro Coordenações de Região que compõem o Colegiado da Atenção

³ Existe uma cultura local de caracterizar como estrangeiras, ou forasteiras, pessoas que se mudam para o Estado e começam a aparecer na cena pública. Este costume é tão mais reforçado quanto maior o jogo de interesses em foco, sendo uma marca da elite político-econômica dominante.

⁴ Além destas coordenações, àquela época foram convidados a retornar à Aracaju para assumirem cargos na gestão os titulares dos seguintes setores, Diretoria de Saúde, Coordenação de Vigilância Epidemiológica, Coordenação do Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação (NUCAAR) e Núcleo de Supervisão e Desenvolvimento Técnico.

Básica e fazem a gestão de todas as Unidades de Saúde do seu território independente da modelagem das equipes de saúde. Cada Coordenação de Região possui uma equipe multiprofissional que foi composta ao longo do processo de implantação do Acolhimento. Atualmente estas equipes têm pessoal que atua exclusivamente como supervisores-apoiadores, com formação em Saúde Coletiva ou em processo de formação. Após a composição das equipes de supervisão, e depois de algum tempo de experimentação de gestão das ESF através de colegiados, foi necessário implantar a gerência das Unidades Básicas, uma vez que as demandas gerenciais ocupavam a maior parte do tempo do trabalho de supervisão, prejudicando o processo de discussão e implantação do modelo.

Ampliar em 100% a rede básica, pleitear a Gestão Plena de Sistema e pretender a transformação do modelo hegemônico de produzir saúde não poderia ser um projeto de exclusividade do gestor, ou da alta direção da secretaria. Tamanha ousadia apenas seria exitosa se realizada a partir de uma construção coletiva. Este coletivo teve que ser, e está sendo, constituído progressivamente. Algumas tecnologias educacionais e outras da análise institucional estão sendo utilizadas para a constituição de um grupo-sujeito capaz de empreender a transformação do Modelo Assistencial de Aracaju. Em vários períodos recorreremos à supervisão institucional, mas principalmente adotamos uma abordagem pedagógica para a formação destes dirigentes. (ARACAJU, 2003b, p.9)

A formação dos quadros dirigentes está sendo realizada em processo no bojo da educação permanente dos profissionais da rede onde todos os dirigentes atuam como facilitadores dos processos de capacitação. Na construção das capacitações todos os facilitadores atuam na preparação e na testagem dos roteiros a serem utilizados, ou seja os próprios facilitadores se submetem às diversas etapas do processo de capacitação. Além dos dirigentes também participam como facilitadores trabalhadores da rede que demonstram motivação e perfil.

Além de instituir uma nova estrutura organizacional, desencadear um processo de formação de um coletivo dirigente e estabelecer novos patamares de interlocução com os usuários iniciou-se um grande e permanente processo de formação dos profissionais para atuarem como sujeitos na construção do modelo. A partir do segundo ano de gestão

iniciaram-se os esforços para se produzir uma metodologia que permitisse ao gestor e aos trabalhadores construírem pactos para a efetivação do modelo. A política de educação permanente desenvolvida leva em conta que um modelo tecno-assistencial expressa contratos e acordos nem sempre conhecidos e falados entre usuários, trabalhadores e gestores e que todos estes atores disputam com seus projetos o governo da agenda de produzir a política de saúde (MERHY, 2003).

A escuta, a compreensão e a significação das necessidades de saúde da população e a articulação de vários saberes tecnológicos para intervenção sobre estas, desencadeou uma demanda por mediação pedagógica que permitisse a troca de saberes entre trabalhadores e gestores na busca da produção de uma nova subjetividade em torno do trabalho em saúde e a possibilidade de formação de interlocutores capazes de fazer a defesa e concretizar este modo de organizar e fazer saúde. (ARACAJU, 2003b, p. 10)

A direção apontada pela proposta de educação permanente se encontra com o sentido expresso por MERHY (2003) para os processos de pactuação entre os atores, usuários, trabalhadores e gestores, como sendo sempre políticos, porém revestidos de caráter tecnológico. Esta busca de uma nova subjetividade em torno do trabalho em saúde também encontra respaldo em CAMPOS (2003) na reformulação do modo de se produzir saúde onde a “ampliação da clínica e das práticas sanitárias exige uma reorganização do conhecimento, um processo de capacitação para que as equipes se apropriem de técnicas pedagógicas e estratégias para se lidar com a subjetividade”.

O desenvolvimento de tecnologias educacionais, mediadoras do processo de gestão, desenvolvidas em um processo conduzido por uma Assessoria Técnica de Planejamento (ASTE) deu origem ao Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), cuja proposta pedagógica está apresentada no Memorial:

A capacitação tem uma organização de processo pedagógico que contempla momentos de concentração e dispersão, que são etapas de desenvolvimento do aprendizado que compreendem um arco que se inicia com a problematização de situações concretas do cotidiano da assistência e de retorno à unidade para ressignificação dos problemas

e consolidação dos saberes no processo de trabalho. Conta para sua realização com a participação de agentes educacionais preparados para estes papéis e responsáveis pelo acompanhamento dos educandos nos momentos de concentração e dispersão. Os marcos conceituais da pedagogia adotada são:

As necessidades de saúde como fator de exposição;

O Educando como sujeito do processo de aprendizado;

O Educador como mediador;

A Organização do processo de trabalho em saúde também como mediador;

Os Saberes como insumo. (ARACAJU, 2003b, p. 10)

A última grande agenda apontada como estratégica para a conformação da política de saúde do Município de Aracaju foi sua habilitação em Gestão Plena de Sistema.

Pleitear a habilitação do município de Aracaju em gestão plena de sistema, apesar de estar em consonância com a diretriz constitucional, foi um ato de grande ousadia do gestor municipal. Para compreender esta ousadia não é preciso fazer uma extensa análise do cenário da política de saúde no estado de Sergipe, basta reunir alguns elementos do contexto municipal e estadual da saúde por ocasião do pleito em 2001, a saber:

As precárias condições da rede de atenção básica até então existentes;

Cultura da Esfera Estadual na prestação de serviços, com quase metade dos serviços no território da capital;

Pequena oferta de leitos públicos;

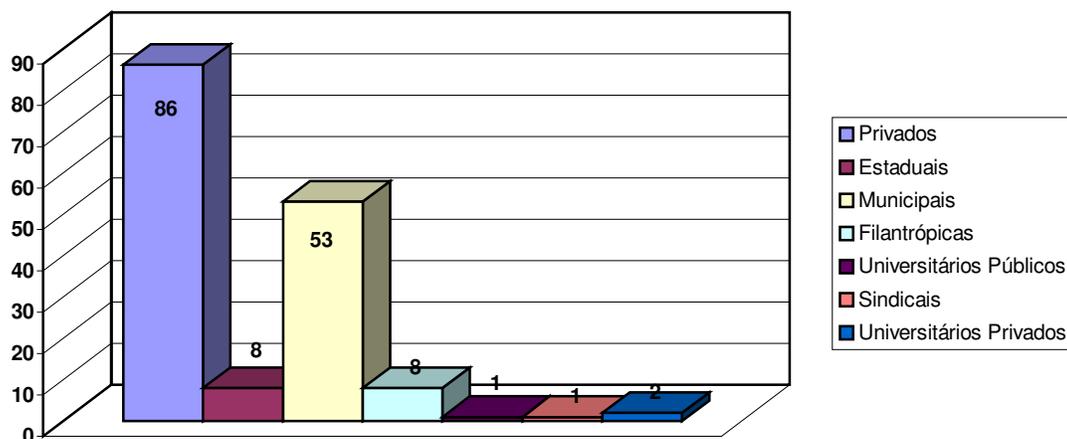
Péssimo dimensionamento da oferta de média e alta complexidade;

Precariedade de ferramentas e mecanismos de regulação;

Estes elementos contribuíram para uma municipalização dos serviços de forma lenta e gradativa e continuam operando como grandes tensões nos espaços de pactuação da política de saúde, entretanto induziram um processo de intenso amadurecimento da gestão municipal. (ARACAJU, 2003b, p. 10)

O pleito pela Gestão Plena foi realizado em 2001, mas sua aprovação e pactuação na CIB ocorreram através da Resolução CIB/SE nº 27/2.002, de 07 de junho de 2.002, sendo que o comando único dos serviços aí pactuados só foi efetivado em dezembro de 2002. Uma descrição da situação encontrada e que corrobora a análise apresentada no documento está assim declarada:

Gráfico 1- Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde cadastrados junto ao SUS em Aracaju, segundo sua natureza jurídica, Dezembro de 2002.



Fonte: ARACAJU, 2003b.

Observa-se ainda, a alta concentração dos serviços especializados na capital sergipana, a exemplo dos serviços de alta complexidade, os quais 100% situam-se em Aracaju.

A rede ambulatorial do SUS em Aracaju, em dezembro de 2002, do total de 159 estabelecimentos, contava com 97 estabelecimentos privados, filantrópicos, sindicais e universitários privados, o que representa 61% do total dos estabelecimentos. Essa composição representa um paradoxo em relação à legislação vigente no SUS, [...] [em relação à] preferência para a contratação de um serviço, em primeiro lugar o setor público, depois o filantrópico e finalmente, de modo complementar, o setor privado.

Esta situação dá indícios que desenvolvimento da rede seguiu interesses nem sempre na lógica do atendimento às necessidades da população, mais sim na lógica de introdução de novas tecnologias no mercado, produzindo necessidades para uso dessas tecnologias sem uma racionalidade centrada nas necessidades existentes, sem a visão do sistema como um todo e, tendo como consequência, estabelecimento de contratos com grande distanciamento dos parâmetros de programação e comprometimento dos recursos sem atender ao universo de ações necessárias para atender a população.

[...] Um fato que corrobora com essa afirmativa, são as distorções encontradas nos cadastros dos estabelecimentos, que informavam uma capacidade instalada maior do que a real, programação com parâmetros questionáveis, e ainda uma lógica de relação com os prestadores, que faziam de tudo para 'atingir os seus tetos financeiros', como se os tetos financeiros lhe fossem garantidos como sendo 'sua fatia' no bolo de recursos da saúde. (ARACAJU, 2003b, p. 53)

No plano da macro política do Estado de Sergipe a descentralização da saúde, e consequente descentralização de recursos, passa a ser a tônica do discurso do novo governo estadual em 2003. O Governo do Estado, sob a condução do Partido da Frente Liberal (PFL), tendo como dirigente João Alves Filho, passa a veicular que o município estaria recebendo, e usando indevidamente, a cifra de R\$ 8 milhões da saúde.

Um dos exemplos destas tensões foi o recente debate público sobre o financiamento da saúde, ocasião em que o município foi acusado de usar indevidamente os recursos da Saúde. Este debate foi enfrentado pelo município com a exposição detalhada do financiamento em uma peça publicitária de circulação em toda a imprensa escrita com o tema 'Passando a Saúde à Limpo' (ARACAJU, 2003b, p. 10)

O enfoque do Governo Estadual no montante de verbas da saúde destinadas ao município volta à baila no contexto das eleições municipais de 2004, agora sob acusação de favorecimento do município pelo Governo Federal nos projetos de financiamento, o interessante é que estas acusações são veiculadas pelo próprio governador ao invés de serem debatidas no âmbito da saúde. Lançando sobre esta questão a luz da formulação de CAMPOS na qual modelo seria:

categoria de mediação entre determinação histórico estrutural de políticas sociais e as práticas de saúde. Uma instância na qual os atores sociais reelaborariam determinantes macro-sociais e disciplinares em função de seus projetos singulares. (CAMPOS, 1997a, p. 113)

É possível perceber o choque instituído pela gestão da política de saúde através da Prefeitura de Aracaju na condução da macro-política no Estado de Sergipe.

A Dimensão Técnica do Projeto Saúde Todo Dia e seus Componentes

No seu conjunto, um modelo deve ser capaz de descrever explicitamente qual é seu problema de saúde, quais são suas práticas, para que servem e como devem ser organizadas, enquanto serviços, além de explicitar quem são seus trabalhadores e os seus usuários (MERHY, 1992).

Segundo MERHY (2003), um modelo faz referência ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho comprometidos com atos de cuidar do individual, do coletivo, do social, dos meios/coisas e lugares, na promessa de construir a saúde. Uma tarefa comprometida com um jogo social implicado com as formas de se produzir as necessidades de saúde enquanto valores de uso. Ou seja, um modelo deve explicitar quais os problemas de saúde serão enfrentados, onde, como, porquê e para quê. O Memorial toma de Merhy, citado por SILVA JÚNIOR. (1998), sua definição de modelo assistencial:

As dimensões que compõem um modelo tecno-assistencial são a organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área de saúde, e projetos de construção de ações sociais específicas, expressas como políticas, que assegurem sua reprodução social. Estes elementos podem ser identificados na trajetória de construção do Projeto Saúde Todo Dia descritos a seguir:

O modelo teórico que orienta a formulação das intervenções;

A política implementada desde o início da gestão;

A articulação entre o referencial teórico e a política;

A organização dos serviços através de redes;

A constituição das Linhas de Produção do Cuidado;

O significado da Integralidade. (ARACAJU, 2003b, p. 7)

Passaremos a discutir os elementos utilizados na construção do modelo Saúde Todo Dia.

O objeto das práticas de saúde no Modelo Saúde Todo Dia, ou o que é produzir saúde para este modelo

O modelo teórico utilizado como orientador das práticas tem dois componentes nucleares, o primeiro é o que denomina como seu objeto, que são as necessidades de saúde dos indivíduos e de coletivos, o segundo componente é uma certa compreensão sobre o processo de trabalho em saúde. Para representar esta teoria alguns esquemas foram utilizados ao longo do tempo. Estes diagramas mostram alguma evolução da compreensão sobre a teoria (figuras 1 e 2):

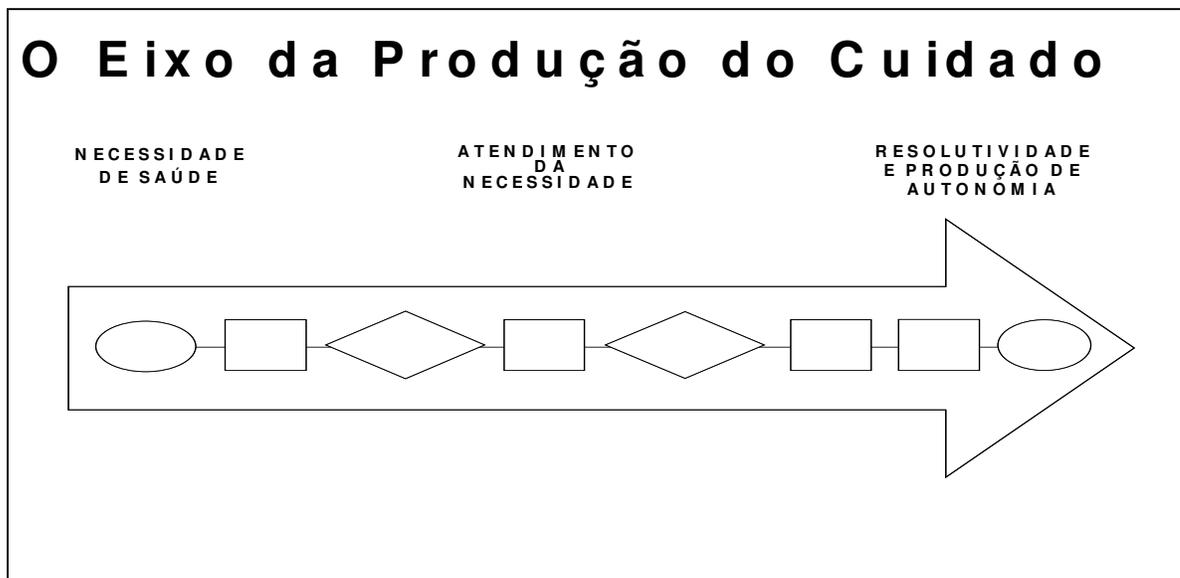


Figura 1- “O Eixo da Produção do Cuidado” - Slide da Capacitação dos Profissionais da Rede Básica – Módulo I, abril de 2002

Esta primeira representação do eixo de produção do cuidado no Modelo Saúde Todo Dia (Figura 1) é a mais utilizada nas apresentações institucionais. Nesta primeira versão não utiliza o conceito de interação entre trabalhador e usuário na produção de intervenções que devem ter como resultado, ou produto, graus crescentes de autonomia, ao invés disso, utiliza a expressão atendimento da necessidade e mistura o resultado com o processo quando ilustra como saída de processo “produção de autonomia”. O desenvolvimento dos conceitos e sua apreensão pelo coletivo, da gestão e dos trabalhadores, foram evoluindo na medida em que eram discutidos à luz da experiência concreta das equipes. Esta evolução da compreensão do processo produtivo no modelo reflete-se no aprimoramento dos conceitos apresentados, com descrição das etapas de produção (tomada de decisão, intervenções) e indicação de que o processo produtivo ocorre na interação do usuário com trabalhadores da saúde. Por fim na Figura 2 o diagrama, de forma muito resumida, representa um processo onde há entrada (necessidades de saúde), processo produtivo (produção de cuidado) e saída (ganhos de autonomia). O próprio Memorial representou um amadurecimento do projeto da gestão, ou seja um dos primeiros

documentos que procurou expor o conjunto das formulações que orientaram a política de saúde do município e que continua sendo utilizado como fonte para apresentação do Projeto.

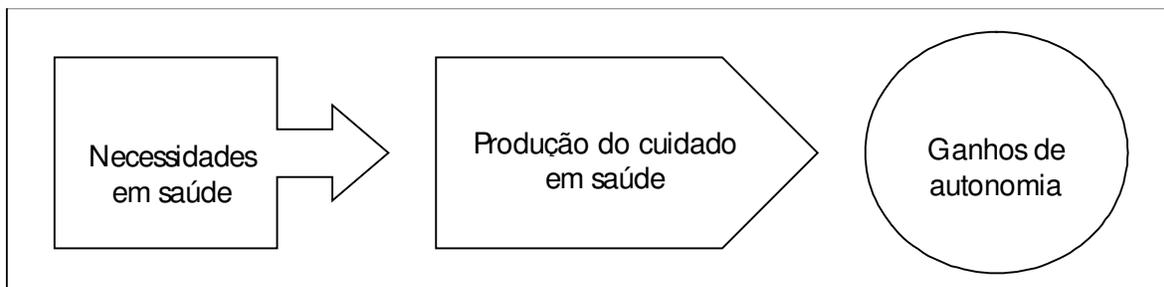


Figura 2- Marco Teórico do Modelo – Projeto Saúde Todo Dia, setembro de 2003.

O Memorial apresenta uma definição do que toma para si como problema de saúde, qual seu objeto e também enuncia alguns atributos das suas práticas de saúde:

O objeto para o qual está orientada a política de saúde de Aracaju são as necessidades de saúde dos indivíduos e dos coletivos. O resultado do trabalho em saúde, e o objetivo da política, é produzir autonomia para indivíduos e coletivos. Em outras palavras, toda intervenção da saúde deve resultar em ganhos de autonomia, ou seja, tornar os indivíduos e coletivos que foram alvo daquela ação mais capazes de gerenciar suas vidas, e com mais qualidade. (ARACAJU, 2003b, p. 7)

A categoria necessidades de saúde como objeto das ações, enunciada no Memorial, é discutida em outros momentos, como na capacitação dos gerentes da rede básica:

As pessoas têm convicções, carências. Os problemas que levam as pessoas a procurar os serviços de saúde muitas vezes não necessitam de um procedimento para serem solucionados. Uma intervenção sobre um problema pode ser uma conversa, pode ser um compromisso da equipe de fazer uma observação e um acompanhamento mais atento de uma determinada pessoa ou família, enfim pode ser uma orientação que redefine uma atitude.[...]A necessidade em saúde nem sempre é uma doença.[...] os usuários têm subjetividade e ela é um componente fundamental para a definição da necessidade de saúde sobre a qual é necessário intervir. Isso significa que o saber científico dos profissionais não é o único fator que legitima sua ação, as outras dimensões dos problemas dos usuários devem ser consideradas para que a intervenção do profissional seja considerada legítima e adequada.[...] é preciso aprender a lidar com as manifestações das necessidades.[...] A diferença da natureza das necessidades do homem [das necessidades dos animais] é que há inúmeras possibilidades de combinação entre esses pólos, além do instinto de vida e de morte o homem se orienta pelo desejo.[...] O objeto da saúde, portanto é do campo das relações. É preciso saber escutar, compreender as necessidades que são colocadas [e] considerar a subjetividade que existe na manifestação das necessidades dos usuários.[...] o objeto do trabalho no modelo Saúde Todo Dia são as necessidades de saúde dos usuários, individuais e coletivos. E necessidade é a manifestação de desejos, sofrimentos ou carências. (ARACAJU, 2003a, p. 1-2)

Estas formulações se aproximam da taxonomia apresentada por CECÍLIO (2001), quando propõe que as necessidades de saúde podem ser agrupadas em quatro conjuntos: ter boas condições de vida, ter acesso às tecnologias de saúde, ter vínculos (a)efetivos entre usuários equipe ou profissional de saúde, ter graus crescentes de autonomia. Pode-se dizer ainda que incorpora uma quinta dimensão das necessidades, proposta por MERHY (2003), que é a de ser singular, alguém com direito à diferença. Outro conceito que opera nesta concepção de objeto das práticas de saúde no modelo é o reconhecimento do papel ativo dos usuários na produção da própria saúde e doença e dos valores de uso prevalentes que os agrupamentos sociais e as pessoas individualmente produzem para si, conforme adverte CAMPOS (2003).

A Natureza do Trabalho em Saúde no Modelo Saúde Todo Dia, ou quais suas práticas

A rede básica de saúde de Aracaju, até 2000, vivia algumas situações típicas de divisão do trabalho em saúde, estas situações variavam de acordo com a modelagem assistencial adotada. O PSF até então tinha uma cobertura de apenas 30% da população, em ilhas de população em situação de risco e algumas vezes em ilhas de conveniência⁵, as outras Unidades Básicas trabalhavam com a modelagem de assistência médica nas três especialidades básicas, Clínica Médica, Pediatria e Gineco-Obstetrícia. A situação nas UBS's com PSF, como já foi citada anteriormente, era de uma agenda rígida que privilegiava o atendimento aos grupos prioritários de risco (mulher, criança, diabetes, hipertensão), com divisão de responsabilidades quase eqüitativa entre os médicos e enfermeiros, baseada em protocolos formulados originalmente para a assistência de enfermagem em locais onde não há médicos em tempo integral, a exemplo do Manual de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e outros protocolos do MS.

O fato de o município adotar uma política de isonomia salarial entre os profissionais de nível superior dificultava a adesão de médicos ao programa e incentivava que as enfermeiras assumissem cada vez mais a atenção individual em detrimento de atividades coletivas e de Vigilância à Saúde. Já as UBS's sem PSF, também conhecidas como Unidades Tradicionais, tinham na divisão do trabalho o recorte mais corporativo, com assistência à livre demanda, e Vigilância à Saúde realizada pelo PACS praticamente sem articulação com os profissionais médicos. Outra característica das Unidades Tradicionais era que existiam poucas enfermeiras e quando existiam estavam ligadas aos grupos de diabetes e hipertensão ou à supervisão dos ACS. Outra situação interessante destas unidades era o fato de não existir agenda de seguimento, o processo para se obter acesso ao atendimento sempre recomeçava após o atendimento inicial, exceção feita a alguns grupos de risco. Portanto, as necessidades, ou o objeto das práticas, no modelo encontrado na rede em Aracaju, pode ser assim resumido, para o PSF eram as necessidades

⁵ Dentre várias distorções do critério de equidade ou de priorização, havia USF muito próxima a outra UBS montada através de articulação de profissional de saúde com grupos comunitários, ESF em região de classe média contígua à USF enquanto outras mais necessitadas e ainda próximas estavam descobertas, por exemplo.

definidas pelo recorte de grupos prioritários e para as Unidades Tradicionais, além destas, eram aquelas identificadas pelo profissional médico, quando o usuário conseguia ter acesso a uma vaga para atendimento.

O processo de ressignificação das práticas iniciou-se logo após a implantação do Acolhimento, com o Módulo I da Capacitação dos Profissionais da Rede, durante os meses de abril a junho de 2002. Esta etapa inaugurou a modalidade multiprofissional de capacitações, com a participação de todos os trabalhadores das Unidades. Neste módulo foram inúmeros os relatos de profissionais de nível médio sobre a completa ausência de espaços coletivos de formação, ou quaisquer outros espaços, que contemplassem os diversos profissionais, além daqueles de nível superior, ao longo de quase vinte anos. Para realizar esta capacitação as Unidades foram fechadas durante todo um dia após entendimentos com as comunidades e, a esta altura, já se acumulava credibilidade suficiente para que isso fosse feito. Entretanto esta primeira etapa foi muito difícil, pois ainda não se havia desenvolvido plenamente uma pedagogia adequada para que a construção coletiva de significados e sentidos se efetivasse, nem os atores estavam prontos. Os objetivos desta primeira etapa foram assim declarados:

Neste primeiro módulo toda a equipe de cada unidade de saúde fará um exercício sobre como se organizar para atuar a partir do reconhecimento de necessidades de saúde. As premissas que nos orientam são o acesso à saúde como direito de cidadania, a articulação dos serviços da rede e de outros setores da administração pública como pressupostos indispensáveis para a garantia da integralidade das ações e da saúde como um conceito amplo.
(ARACAJU, 2002a, p. 3)

A exposição foi realizada através da discussão de casos, ou situações problema, que foram apresentados às equipes. Pediu-se que utilizassem um fluxograma para descrever como abordar as situações. Este exercício foi precedido pela apresentação da proposta de qualificação profissional que estava se iniciando e das diretrizes do modelo, que estão assim sistematizadas no Memorial:

O trabalho em saúde como o entendemos pode ser descrito como o encontro entre usuário e trabalhador onde há o reconhecimento pelo trabalhador das necessidades dos usuários como direito de cidadania. A natureza do encontro/intercessão, de usuário que tem necessidades de um lado, e trabalhador que reconhece estas necessidades de outro, caracterizamos como um processo onde há, de forma reiterada, acolhimento de necessidades, compreensão e significação destas necessidades a partir dos saberes da saúde que vão permitir ao profissional produzir intervenções continuadas (vínculo) e co-responsabilização pelo resultado destas intervenções. (ARACAJU, 2003b, p. 7)

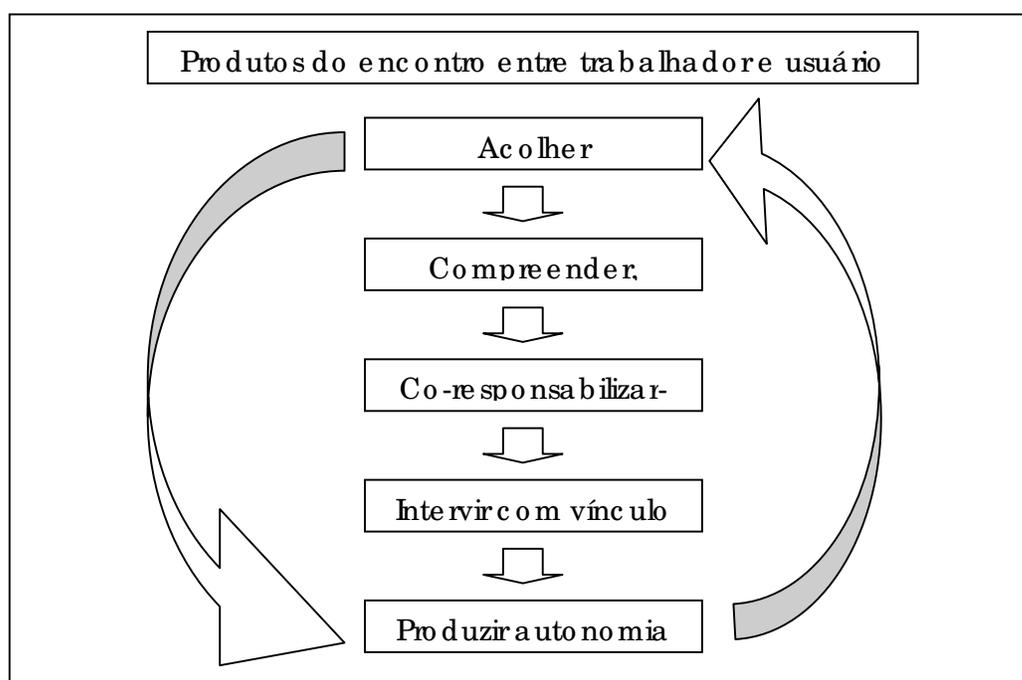


Figura 3- Natureza do Processo de Trabalho em Saúde

Fonte: (ARACAJU, 2003b)

MERHY (1997, 2002), no artigo “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato” e outros trabalhos posteriores, descreve a natureza do trabalho em saúde como dependente do trabalho vivo operando tecnologias leves, ou seja, dependente da produção de intervenções cujos produtos são consumidos em ato no momento do encontro do trabalhador com o usuário.

Por causa desta dependência tecnológica, o trabalho em saúde, apesar de também operar tecnologias duras – como os procedimentos – e leve-duras – como os diagnósticos, esquemas terapêuticos, etc... – não pode ser completamente capturado por trabalho morto, ou por racionalidades gerenciais que pretendem retirar do trabalhador sua autonomia. Este autor propõe a imagem de “valises tecnológicas”⁶ (MERHY, 2002) para explicar a natureza das tecnologias que compõem o ato de cuidar dos médicos. Quando propõe esta imagem Merhy adverte que os médicos são um caso exemplar, mas que a analogia se presta à compreensão do trabalhador de saúde em geral. O autor diz que o trabalhador de saúde utiliza 3 tipos de valises tecnológicas, uma na cabeça, uma nas mãos e outra no espaço das relações com os usuários. Cada uma das valises é especializada em um tipo de tecnologia, a valise das mãos, em tecnologias duras, ou seja, os equipamentos que são utilizados no trabalho; a valise da cabeça, em tecnologias leve-duras, ou seja, os saberes que os profissionais têm sobre o seu trabalho; e finalmente a valise do espaço das relações que utiliza tecnologias leves, ou seja, escutas, compreensão, produzindo ou não acolhimentos e responsabilização.

A composição do trabalho de vários trabalhadores, ao longo de tempo, dirigidas a um usuário podem produzir cuidado cuidador, através do vínculo, da responsabilização gerando resolutividade e maiores graus de autonomia, ou não, podem também produzir medicalização excessiva, dependência e até iatrogenia. Estes resultados dependem da forma como os modelos de atenção propõem, e conseguem operar, uma composição entre as valises tecnológicas dos trabalhadores da saúde. Quando reconhecemos que a maior parte do cuidado se produz em ato, no espaço do encontro entre trabalhador e usuário, a gestão da produção do cuidado está condicionada às finalidades que são produzidas pelos atores que ocupam este espaço, e esta produção é sempre tensa. A tensão constitutiva do encontro entre trabalhador e usuário se deve ao desencontro de interesses entre eles, ou das lógicas que presidem o agir do trabalhador, que nem sempre reconhece as necessidades que os usuários trazem como legítimas. Eu arrisco neste momento a sugerir que este desencontro de interesses, ou a incapacidade dos profissionais de acolherem as necessidades dos

⁶ A valise faz uma referência à maleta do médico e é uma outra denominação para “caixa de ferramentas”.

usuários, também se deve a uma carência de tecnologias em suas valises da cabeça e do espaço relacional. Faltam em nossas valises os saberes tecnológicos para intervir sobre o mundo singular das necessidades dos usuários, aliás esta é uma constatação que a própria escola médica já fez.

A partir da discussão sobre a natureza do trabalho em saúde e dos produtos do encontro entre trabalhador e usuário foi apresentada a proposta de organização do processo de trabalho nas UBS em Unidades de Produção e realizado um exercício de caracterização destas Unidades produtivas com descrição dos responsáveis, processos, recursos e produtos para cada uma delas, a apostila utilizada apresentava os seguintes conceitos:

A unidade de produção (UP) é um agrupamento de processos (tomada de decisões, intervenções) com características comuns. Uma UP tem processos e produtos bem definidos, seus produtos podem ser insumos para outras unidades ou ser um produto final.

Os serviços de saúde produzem o Cuidado em Saúde (prevenção, cura, reabilitação, alívio de sofrimento, melhoria da saúde da população, por exemplo). Na saúde os insumos das unidades de produção são as necessidades de saúde das pessoas e das coletividades. Para processar estas necessidades as Unidades de Produção do Cuidado necessitam de recursos (matérias primas, local de trabalho, conhecimentos e saberes, pessoal etc...). (ARACAJU, 2002a, p. 5)

Ao final do processo de trabalho em cada UP, a necessidade deve ser resolvida, sempre tendo como resultado ganhos crescentes de autonomia por parte de indivíduos, coletivos e da própria equipe de saúde. (ARACAJU, 2003b, p. 23)

Esta primeira experiência de capacitação foi traumatizante pela quantidade de informações, pelo tempo reduzido, e pela teoria e vocabulários tão alheios a maioria dos trabalhadores. Entretanto o material foi vastamente utilizado nas capacitações posteriores e a matriz de descrição das unidades produtivas (UP) foi simplificada sem com isso perder sua capacidade explicativa. A partir de então, todas as práticas que se quer implementar no Modelo Saúde Todo Dia são acompanhadas de grandes momentos de compreensão/significação e pactuação, entre o coletivo dirigente e os trabalhadores, no espaço das capacitações realizadas pelo CEPS.

Como o Modelo propõe organizar seus serviços

Na etapa preparatória para o I Módulo da Capacitação dos Trabalhadores, que discutiria o processo de trabalho nas UBS, o coletivo dirigente da SMS construiu o exercício que foi proposto para a capacitação. A partir de um conjunto de situações problema vivenciados pelos serviços da Atenção básica, e de como estas situações deveriam ser processadas/atendidas por uma equipe de saúde, identificou-se nos fluxogramas construídos a existência de processos de natureza comum devido à semelhança da natureza das necessidades e dos saberes tecnológicos mobilizados no trabalho (SANTOS et al., 2003a). Estes processos foram agrupados em Unidades de Produção do Cuidado (quadro 1):

A identificação das Unidades de Produção do Cuidado proporcionou uma maior clareza acerca do processo produtivo das equipes de saúde, não só para os profissionais como também para as equipes de supervisão e gerentes de UBS, favorecendo a discussão dos papéis de cada profissional e a avaliação do produto do trabalho da equipe.

As unidades produtivas apontam para uma divisão de responsabilidades no Colegiado de Gestão de cada UBS e a possibilidade da convivência de várias ESF em um mesmo EAS. (ARACAJU, 2003b, p. 35)

Quadro 1- Unidades Produtivas de uma UBS no Modelo Saúde Todo Dia.

Unidade Produtiva	Tipo de Necessidades e Características do Trabalho
Acolhimento	Trabalha com a demanda espontânea, produz escuta e qualificação de necessidades.
Atendimento Individual	Produz compreensão e significação dos problemas para articular projetos de intervenção singulares que visem produzir autonomia para os indivíduos.
Ações Programáticas	Articulam de atividades-intervenções voltadas para abordagem de riscos e grupos de vulnerabilidade.
Procedimentos	Agrupa o conjunto de procedimentos ofertados pela USB.
Acolhimento do Risco no Território	Trabalha com as questões de risco à saúde da coletividade, o risco ambiental e social.
Monitoramento e Gestão	Atividades administrativas e de gestão do trabalho, monitoramento através de indicadores de saúde e desempenho da unidade.

Fonte: ARACAJU, 2002a.

As Unidades de Produção do Cuidado no Modelo Saúde Todo Dia apontam para a organização do trabalho das equipes possibilitando a convivência de várias ESF em um mesmo estabelecimento através do compartilhamento de recursos. Estas UP também possibilitam uma divisão de responsabilidades nos colegiados de gestão das UBS onde os trabalhadores podem trabalhar por afinidade a certos processos produtivos em saúde, adensando competências (SANTOS et al., 2003a). Cerca de um ano e meio após a definição do processo produtivo das Unidades Básicas, e após alguns ciclos de capacitação, um sobre o Acolhimento de Risco no Território e outros três sobre as Ações Programáticas, havia um sentimento da gestão de que as UP haviam se tornado “um forte componente estruturante da organização da gestão” (ARACAJU, 2003b).

Além da rede básica, durante os anos de 2002 e 2003 foi iniciada a constituição de quatro outras redes assistenciais, de Atenção Psicossocial, de Urgência e Emergência, de Especialidades Ambulatoriais e a Rede Hospitalar. Todas estas redes compartilham a mesma teoria sobre o objeto e o processo de trabalho, entretanto estão em estágios diferentes de incorporação destas diretrizes.

As redes são conjuntos de serviços de saúde, dispostos territorialmente ou não, que têm semelhança tecnológica e que são responsáveis por um determinado grau de resolutividade. As redes estabelecem conexão entre si através da definição de mecanismos de inclusão conforme a necessidade do usuário. Estes mecanismos atuam através de vários dispositivos, que podem ser mediados por tecnologias leve-duras, duras ou leves (MERHY, 1997) e conformam o Complexo Regulatório.

Dentre as tecnologias leve-duras estão os Programas, com seus protocolos, e o Sistema de Regulação. Os programas definem o conjunto de ofertas programadas dispostas no sistema que constituem as linhas de produção do cuidado de grupos vulneráveis, já o Sistema de Regulação faz uma mediação entre as demandas existentes e a disponibilidade de recursos na rede própria ou contratada visando produzir o acesso à melhor tecnologia disponível segundo uma avaliação de necessidades.

As tecnologias duras de inclusão são as cotas de procedimentos, ou tetos assistenciais, que inicialmente eram definidas por uma determinada quantidade de guias. Além das guias o usuário estava submetido à capacidade do serviço em acessar vagas no sistema de marcação *on-line*. Este sistema evoluiu para o estabelecimento de cotas por serviço de saúde fixadas no sistema através de séries históricas de agendamento de procedimentos e peso populacional da área de abrangência. Estas cotas também podem ser mobilizadas através de solicitação à gerência de regulação. Para a implantação desta segunda etapa as equipes participaram de capacitação sobre acolhimento, programação, construção de agendas e regulação. Além de conhecerem como o Sistema processa o acesso às diversas tecnologias do cuidado, as equipes foram sensibilizadas a realizarem regulação no âmbito do próprio serviço. A terceira etapa de implementação do Sistema de Regulação é sua completa informatização e integração com os serviços de saúde através do Sistema Cartão Nacional de Saúde.

Já no campo das tecnologias leves está a interação entre os diversos profissionais existentes nas redes assistenciais, esta interação pode ser feita por livre demanda ou por mecanismos estruturados como o Apoio Matricial, este dispositivo é assim definido:

[...]com o objetivo de discutir e acompanhar, juntamente com os profissionais do PSF, as diversas situações problema que surgem no dia a dia da clínica, mas que podem ter uma complexidade maior do que a capacidade resolutiva de equipes generalistas.

O Apoio Matricial objetiva a abordagem do problema do usuário pelo apoiador na própria USF (ou no caso da gineco-obstetrícia, em uma unidade regionalizada) mantendo o vínculo com a ESF, ao mesmo tempo em que capacita o profissional generalista em ato, possibilitando a este o acompanhamento posterior do usuário ou a abordagem de casos semelhantes. (ARACAJU, 2003b, p. 38)

A proposta de organização das redes assistenciais e os dispositivos utilizados para se estabelecer conexão entre elas visam produzir integralidade da assistência e garantir equidade. A combinação entre a intervenção profissional responsável e a existência de um Complexo Regulatório que registra as demandas e produz acesso mediante avaliação de necessidade conformam um Sistema Responsável, que não depende apenas da postura profissional.

A organização dos serviços no Modelo Saúde Todo Dia vem sendo construída paulatinamente e incorpora as diretrizes do Modelo em todas as suas redes assistenciais. Na rede especializada ambulatorial foram idealizados dispositivos para que se alcançasse uma conformação de rede que atenda o perfil de necessidades da população:

Adensamento tecnológico [...] consiste em organizar os serviços ambulatoriais na perspectiva de agregar tecnologia em alguns serviços (profissionais e equipamentos), no intuito desses serviços adquirirem maior capacidade resolutiva e proporcionar maior agilidade aos usuários do sistema.

Composição de rede ambulatorial [...] A idealização do desenho de ambulatórios e serviços preferenciais na composição da rede ambulatorial, onde consideramos como integrantes preferenciais os equipamentos públicos e instituições filantrópicas em regime de co-gestão.

Implantação da Supervisão da rede ambulatorial [...]

Gestão [de] contratos e das pactuações [...] Ampliamos os espaços de interlocução do NUCAAR com a COAB e NUSD (Município de Aracaju) e COSEMSS (Municípios do interior do Estado), melhorando o monitoramento da oferta de serviços, para a atenção básica do município de Aracaju e para população do interior [...]

Lançamento do Edital do Chamamento público [...] com intuito de realização de processo de compra de serviços de modo público, com preço único (tabela do SUS), destinados a complementar a oferta de serviços da rede pública e em regime de co-gestão (filantrópicos). (ARACAJU, 2003b, p. 57-8)

A organização da rede hospitalar tem no desenho do Hospital Horizontal o dispositivo para considerar as necessidades dos usuários como seu eixo estruturante e compondo com outros níveis de intervenção as redes de cuidados que garantem a integralidade do cuidado:

Um sistema com múltiplos acessos aos serviços, sendo que para cada deles uma definição previa de grupo de vulnerabilidade a ser atendido;

Complementaridade de ações a fim de tornar o sistema o mais completo possível no que tange ao universo de ações hospitalares;

Não competitividade, ou seja, não haver concorrência entre os equipamentos pelo mesmo grupo de vulnerabilidade, o que implicaria em duplicação de esforços e encarecimento do sistema;

Ter mediação de um complexo regulador para ordenamento dinâmico da demanda a fim de não sobrecarregar uma instituição e, antes mesmo que o usuário do sistema adentrar a instituição, já existir uma orientação e um fluxo ordenador dessa demanda (pactuado), de modo que o usuário tenha acesso a melhor tecnologia no local e tempo adequado. (ARACAJU, 2003b, p. 74)

Qual a visão de outros modelos a partir do Saúde Todo Dia

Como política, um modelo tem de construir uma visão dos outros modelos (MERHY, 1992).

O Modelo Saúde Todo Dia incorpora elementos de vários modelos segundo sua necessidade. Através da exposição às situações-problema enfrentadas e de aproximações sucessivas as estas situações (compreensão), é possível construir uma leitura contextualizada das necessidades mediadas pelo saber e tecnologias existentes (significação) para a construção de intervenções mais adequadas à nossa realidade e aos pressupostos de Modelo adotados.

Através destas aproximações foram incorporados ao Modelo elementos das práticas que consideram os sujeitos, usuário e trabalhador, portadores de subjetividade, oriundos do Modelo em Defesa da Vida e inspirados na saúde mental. Ainda sobre as práticas sanitárias incorporamos deste modelo um ideal de integração sanitária onde a demanda espontânea da população é considerada como expressão legítima de necessidades ao lado das práticas epidemiologicamente orientadas. Deste modelo também incorporamos a necessidade de intervenção na rede hospitalar e outros níveis assistenciais.

Do Modelo de Vigilância à Saúde incorporamos uma abordagem de risco no território e a prática de vigilância de grupos vulneráveis.

Do Modelo das Ações Programáticas incorporamos a abordagem de risco para determinados grupos de vulnerabilidade, construindo ferramentas de intervenção através da estratificação de risco e disponibilizando ofertas programadas no sistema.

Conforme o relatado é possível identificar na proposta do Modelo Saúde Todo Dia os elementos que constituem seu projeto tecno-assistencial, ou seja, seu objeto, suas práticas, como estão organizadas como serviços e quem são seus trabalhadores e usuários, além de uma relação estabelecida com outros modelos através da incorporação de alguns de seus elementos. Nesta concepção o Projeto Saúde Todo Dia termina por se apresentar como uma modelagem constituída em um contexto político e histórico específico que não pretende ser modelo para reprodução sistemática, mas um conjunto de diretrizes teórico-conceituais passíveis de serem ressignificadas e experimentadas em outros contextos.

CAPÍTULO IV-
A AÇÃO PROGRAMÁTICA COMO
UMA TECNOLOGIA NO PROJETO
SAÚDE TODO DIA

Em que contexto as Ações Programáticas se desenvolveram no Modelo Saúde Todo Dia

Antes de iniciarmos o debate sobre a concepção de Ação Programática que desenvolvemos dentro do Modelo Saúde Todo Dia faremos um rápido resgate da situação das Ações Programáticas na SMS de Aracaju no início da gestão e de como o processo de construção de uma nova modelagem assistencial foi reconfigurando esta tecnologia e estabelecendo uma nova posição no conjunto do sistema.

Os programas existentes na SMS até 2000 eram aqueles tradicionais do MS com organização vertical. Para cada um deles existia profissionais de referência responsáveis pelo acompanhamento, referência técnica, capacitações e organização de insumos necessários. Estes profissionais atuavam como consultores que dedicavam carga horária parcial ao programa e, em geral, eram especialistas da área, sendo que praticamente não havia profissionais com formação em Saúde Coletiva. O modo de intervenção sobre os problemas tinha como formato a tradição campanhista com a oferta para os profissionais de protocolo clínico dirigido a grupos sem, contudo, incorporar um conjunto articulado de intervenções ao longo do tempo que configurasse a prática como Ação Programática. A tradução desta forma de organização institucional na prática dos serviços de saúde, como já foi apresentado anteriormente, era uma agenda com dimensionamento rígido de espaços para atividades coletivas, realizadas de forma burocratizada e estanque (reuniões e atendimentos mensais compulsórios) com baixa capacidade de captação de clientela e vinculando apenas pequenos grupos, gerando repressão da demanda espontânea e dificuldade de acesso para aqueles usuários com pouca disponibilidade para frequentar o serviço de saúde. Esta organização da demanda, apesar de respaldada por uma opção política do governo federal, àquela época, de priorização da prevenção e controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na atenção básica (TEIXEIRA, 2004b) não era condizente com os atributos de modelo que se queria implantar. A orientação do modelo em proporcionar acesso através do acolhimento das necessidades, e de um processo de compreensão e significação dessas necessidades, que pressuponha considerar subjetividades na construção de autonomia tornava necessário desencadear um processo de ressignificação da prática programática para a incorporação daqueles atributos.

Em particular o acolhimento e a capacidade de produzir autonomia como resultado de intervenções continuadas que deveriam ir ganhando espaço dentro da prática de acompanhamento dos grupos de vulnerabilidade, ou o contrário, acolher a demanda espontânea e progressivamente incluir parte dela em ofertas programadas segundo as necessidades identificadas. Ou, ainda, as duas coisas ao mesmo tempo como nos sugere o Método da Roda (CAMPOS, 2000).

Dois grandes movimentos paralelos de ressignificação da Ação Programática seriam desencadeados pela gestão, um deles visando uma reorientação da lógica programática, de prioritária na organização das ações e dos serviços, para um saber tecnológico que opera certos conjuntos de necessidades no interior do sistema. O outro movimento, que deveria ser mais capilar dentro do conjunto de trabalhadores da saúde e que possibilitaria uma transformação da prática programática, de elenco rígido e burocratizado de atividades, em ofertas semi-estruturadas para indivíduos que possuem algum risco ou vulnerabilidade que os incluía em uma determinada população alvo de ações de prevenção e acompanhamento. Para possibilitar estes movimentos o espaço de gestão dos programas inseriu-se na discussão de modelo e na sua implantação. A bem da verdade, o espaço institucional que reunia os programas naquele momento, o Núcleo de Supervisão e Desenvolvimento Técnico (NUSD), tinha como missão declarada “desenvolver e consolidar o modelo de assistência à saúde” (ARACAJU, S.D.a). Dentro desta perspectiva de desenvolvimento do modelo o NUSD recebeu a incumbência de elaborar os programas e protocolos¹ de cada área de forma a contemplarem a discussão e os atributos do modelo. Esta etapa de elaboração dos programas antecedeu a realização das capacitações, que seria o momento privilegiado de ressignificação com o conjunto dos trabalhadores sobre o sentido das ações programáticas no modelo além da produção de pactos sobre os papéis das diferentes profissões dentro dos programas. Entretanto, foi necessário desenvolver primeiro

¹ Em geral programas e protocolos se confundem nos manuais, nós estabelecemos uma diferenciação entre programa e protocolo que é fundante do modo de operar a ação programática como tecnologia em nosso modelo. Esta diferenciação será abordada adiante.

um processo pedagógico² capaz de produzir mediação entre a gestão e os profissionais e permitir a construção coletiva do Modelo Saúde Todo Dia. A etapa de desenvolvimento transcorreu durante todo ano de 2002 através de momentos sucessivos de formação de multiplicadores, inicialmente dentro da gestão e gradativamente incorporando trabalhadores da rede. O desfecho deste processo de construção pedagógica foi a realização do Módulo de Capacitação com o tema O Enfoque do Risco e as Ações Coletivas no “Saúde Todo Dia”, este módulo propiciou a problematização e construção coletiva de conceitos e ferramentas fundamentais para ressignificação da prática de saúde pretendida como: cartografia, espaço social, território, riscos, recursos, vulnerabilidade, suscetibilidade, resiliência, magnitude, transcendência, potencial de disseminação, tecnologias em saúde, construtivismo e pedagogia problematizadora. Este módulo antecedeu ao das Ações Programáticas e fundou as bases conceituais para compreensão de sua inserção no Modelo e dos elementos que devem orientar as práticas programáticas.

O processo vivenciado no ano de 2002 também redefiniu a missão do NUSD, que passou a fazer apenas a gestão das Áreas Programáticas, seu nome, entretanto, permaneceu o mesmo até meados de 2004 quando passou a se denominar Núcleo de Desenvolvimento de Programas (NUDEP). Outra mudança ocorrida na SMS, no ano de 2004, que teve impacto no NUDEP foi a completa reestruturação da gestão de pessoal, fruto da política iniciada em 2003 com a aprovação pela Câmara do novo Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos da Saúde e abertura de concurso público. Em janeiro de 2004 realizou-se o concurso e, durante o primeiro semestre deste mesmo ano, todos os trabalhadores da SMS foram admitidos via concurso ou através de outros vínculos desprecarizados, regidos pela CLT. O concurso possibilitou a incorporação de sanitaristas em todas as áreas programáticas, bem como de especialistas responsáveis por referência técnica e apoio matricial. O ano de 2004 também foi o ano de maturação das formulações sobre as Ações Programáticas com a definição conceitual da estrutura dos programas, realização de capacitação dos trabalhadores da rede com a apresentação e discussão de todos os programas e realização de oficinas com a nova equipe do NUDEP sobre

² A metodologia desenvolvida foi apresentada no capítulo anterior.

monitoramento e discussão sobre o objeto dos programas. Feito este resgate é possível realizar um debate sobre o conjunto de formulações sobre as Ações Programáticas no Modelo Saúde Todo Dia.

As Ações Programáticas como tecnologia

As ações programáticas como parte do modelo assistencial adotado têm como principal objetivo organizar através do sistema a demanda por atenção constituída por certos riscos, reduzindo o potencial de morbimortalidade de doenças crônico-degenerativas altamente prevalentes como diabetes e hipertensão arterial e de grupos populacionais portadores de certa vulnerabilidade (criança, mulher, entre outros). Não se pretende submeter toda a organização do modelo à programação através de um recorte epidemiológico de necessidades, mas reconhecê-las como um dos componentes estruturados da demanda.

A compreensão da ação programática como uma tecnologia operada pelas equipes proporciona um eixo para que os profissionais trabalhem com o conceito de risco através de etapas que estruturam sua ação tecnológica dentro do modelo como:

- Identificação do risco para captação de clientela,
- Estratificação do risco permitindo abordar de forma diferenciada cada indivíduo em seu contexto,
- Intervenção orientada por um conjunto de ofertas programadas segundo o risco e sua estratificação
- Monitoramento das ações como momento de revisitar as etapas anteriores e de avaliação dos resultados da intervenção e da equipe

Esta organização tecnológica das Ações Programáticas utiliza a concepção pedagógica da exposição do profissional às necessidades de saúde, de forma a compreender, significar, intervir buscando resolutividade, ou seja, gerar níveis crescentes de autonomia³ para os usuários e para a própria equipe.

O caráter inovador das ações programáticas em Aracaju consiste na releitura desta tecnologia em saúde recolocando-a como um dos constituintes da matriz produtiva que organiza o processo de trabalho das equipes das Unidades Básicas de Saúde, ao lado de outras tecnologias como o acolhimento, o atendimento individual, o acolhimento de risco no território, os procedimentos e o monitoramento e gestão. Ou seja, dentre o universo de necessidades de saúde há um conjunto para o qual existem tecnologias de abordagem que produzem impacto individual e coletivo na qualidade de vida das pessoas. Para estas necessidades é possível, senão obrigatório, disponibilizar intervenções tecnicamente adequadas.

Esta composição de tecnologias em saúde para a abordagem da equipe sobre as diversas manifestações dos problemas da comunidade e dos indivíduos procura enfrentar a noção de que os serviços de atenção básica deveriam trabalhar segundo o recorte estrito de programas, o que equivale no senso comum, muito presente em discursos políticos e mesmo no ideário que implantou a Estratégia de Saúde da Família como um Programa, com uma ideologia onde o importante é investir em prevenção para resolver os problemas de saúde, e que esta seria uma maneira de se racionalizar os recursos investidos na saúde (CAMPOS, 1994). Esta concepção está expressa nos materiais de divulgação do PSF na forma maniqueísta com que apresenta esta estratégia como uma ruptura com o modelo médico curativo. O Guia Prático do PSF (BRASIL, 2001), por exemplo, inicia com o tópico “Onde entra a Saúde a Doença vai embora”, conteúdo mais ideológico do que prático para operar com a realidade de indivíduos e coletivos que sofrem, adoecem e são capazes de ressignificar inúmeras vezes seus modos de viver a vida individualmente e em sociedade.

³ Autonomia como capacidade de ressignificar uma situação vivenciada reinventando modos de andar a vida.

Outra inovação está na organização de ofertas em todas as redes assistenciais conformando as Linhas de Produção do Cuidado Programáticas (ARACAJU, 2003b). As Linhas de Produção do Cuidado representam um determinado conjunto de ofertas a que um grupo de vulnerabilidade pode ter acesso dependendo de sua estratificação de risco e não um elenco rígido de procedimentos a serem consumidos pelos indivíduos daqueles grupos. Ademais, estas ofertas estão dispostas através das redes que compõem o sistema e podem ser acessadas independentemente do grupo de vulnerabilidade, mas por critério de necessidades. Ou seja, a atenção aos grupos de vulnerabilidade coexiste no sistema com a atenção a indivíduos que não fazem parte dele e é realizada pelos mesmos profissionais nos mesmos serviços.

A construção de linhas do cuidado integrais depende não só da disponibilidade de oferta de tecnologias duras através das redes assistenciais e da melhor seleção e utilização de tecnologias leve-duras (saberes, protocolos assistenciais), mas depende centralmente da capacidade de ressignificar para os profissionais o sentido do trabalho, enriquecendo sua valise do espaço das relações. Outro componente importante da produção do cuidado é a elevação do usuário à condição de cidadão, que é capaz de tensionar positivamente no espaço de relação com os profissionais.

As propostas de intervenção sobre o processo de trabalho em instituições e em modelos tecnoassistenciais de saúde que compartilham a idéia de que o trabalho em saúde é trabalho vivo em ato, tomam a produção do cuidado como objeto da gestão e propõem arranjos com potencial de produzir cuidado mais cuidador e com maior integralidade (CECÍLIO, 2003; FRANCO & MAGALHÃES JR., 2003). No hospital a gestão do cuidado, ou coordenação como propõe Cecílio, opera no espaço onde o cuidado acontece, pois o usuário está na instituição. Já na proposta do “BH-VIDA: Saúde Integral” a linha de produção do cuidado é vista como:

a integração [de todos os recursos assistenciais] por fluxos que são direcionados de forma singular [...] uma linha de produção, que parte da rede básica, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais.(FRANCO & MAGALHÃES JR., 2003,pg. 129-31)

Esta linha é fruto de um grande pacto, realizado por um comitê gestor formado pelos diversos atores que controlam os recursos assistenciais. Ambas proposições consideram o componente da gestão do cuidado sob a responsabilidade do cuidador/equipe, que operam Projetos Terapêuticos Singulares, mas também propõem arranjos capazes de operar a gestão das ofertas necessárias à composição das linhas de cuidado, como trajetórias, ou rotas, dentro do sistema que precisam estar desobstruídas para acolher conjuntos de necessidades que tornam os indivíduos e coletivos mais vulneráveis. Daí que a gestão do cuidado e a gestão da linha de cuidado são denominações que trazem confusão pois parecem ser nomes diferentes para designar a mesma coisa. Ou, ainda pior, no caso de gestão da “linha de produção do cuidado” parecem propor que é possível retirar do trabalhador e do seu espaço de cuidar, a autonomia e responsabilidade pela construção e acompanhamento do cuidado dos usuários. A mim parece que nos falta um pouco mais (!) de criatividade para denominar de forma mais clara nossa produção, sem abandonar a fundamentação teórica que nos orienta e a prática que vimos construindo. Considerando tudo isso, para não fugir à origem, mesmo sem muita criatividade, vou seguir utilizando o termo Linhas de Cuidado para me referir ao conjunto de ofertas dispostos nas redes, reservando o termo “produção do cuidado” para as situações que se referem aos encontros do trabalhador e usuário.

Como estão estruturados os Programas

Baseados na matriz tecnológica das ações programáticas foram elaborados os programas nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, saúde do adulto, saúde mental, DST/AIDS, saúde bucal, de vigilância de agravos transmissíveis além dos diversos protocolos assistenciais existentes em cada uma destas áreas. Vale ressaltar que em nosso modelo os protocolos fazem parte dos programas, mas são uma peça separada construída a partir de consensos técnicos para intervenção sobre os problemas de saúde e de pactos referentes aos papéis das profissões dentro do Modelo Saúde Todo Dia. O programa diz respeito aos problemas de saúde dos quais a Área Programática é responsável por fazer a gestão da linha de cuidado, ou seja, a organização de ofertas existente no sistema. Os programas estão assim constituídos:

- Uma descrição e contextualização dos problemas de saúde enfocados;
- Os objetivos do programa em relação aos problemas;
- A população alvo;
- Critérios para a estratificação de risco;
- O conjunto de ofertas que compõem a linha de cuidado programática nas redes assistenciais;
- Critérios para monitoramento.

Os protocolos assistenciais são roteiros de procedimentos técnicos para os profissionais efetivarem o cuidado aos grupos vulneráveis e aos riscos e agravos de interesse dos programas com definição de atribuições profissionais para o cuidado no âmbito das ações programáticas.

As Linhas do Cuidado Programáticas

A programação pensada como oferta de cuidado em saúde para grupos portadores de vulnerabilidade ao invés de cardápio rígido de atividades burocratizadas no âmbito da Atenção Básica, trouxe a necessidade de trabalhar a oferta de intervenções nos diversos níveis de atenção à saúde estabelecendo programação não apenas para atenção básica, mas também na atenção especializada e hospitalar, compondo a integralidade da intervenção através das redes e articulando o cuidado através da constituição de linhas do cuidado.

As linhas do cuidado representam o caminho virtual realizado por um usuário entre a identificação de uma necessidade até o acesso ao conjunto de intervenções disponíveis para reconstituir sua autonomia.

Algumas linhas do cuidado estão previamente determinadas pela existência de programas de atenção a determinados riscos à saúde ou grupos de vulnerabilidade, o que significa dizer que há um conjunto de ofertas de intervenção pré-definidas para estas situações e que fazem parte da programação *stricto sensu* do sistema, ou seja, a uma certa população de hipertensos deve haver a possibilidade de acesso no sistema a um dado número de procedimentos especializados. Apesar da existência de um conjunto de intervenções para determinados riscos e grupos vulneráveis, os indivíduos que compõem estes grupos passam por um processo de singularização das atividades programadas, a que denominamos estratificação de risco, esta etapa do processo de trabalho prevê e permite a convivência e articulação dos saberes dos vários profissionais da equipe na composição da melhor oferta para cada usuário.

A existência de linhas do cuidado previamente elaboradas pelas ações programáticas, entretanto, é um artifício de planejamento do sistema uma vez que, em última análise, todas as linhas de cuidado são singulares por serem definidas a partir da identificação de necessidades referidas a um indivíduo em um processo de interação deste com a equipe e seus profissionais. FRANCO E MAGALHÃES JÚNIOR (2003) propõem a realização de um grande pacto entre os atores que controlam serviços e recursos assistenciais para a composição da linha do cuidado, sugerindo que a disponibilidade de recursos, a definição de fluxos e dispositivos de garantia de acesso, tudo isso aliado a uma mudança no processo de trabalho da rede básica seria capaz de produzir integralidade e uma menor demanda a assistência especializada. Propõem que o pacto seja produzido a partir do desejo de adesão ao projeto, mas em nossa experiência, talvez pela menor disponibilidade de oferta, a incorporação de serviços na linha do cuidado é realizada pela identificação do perfil assistencial dos serviços existentes e a indução para o desenvolvimento deste perfil afim de que cada equipamento assumira determinada responsabilidade assistencial no conjunto de ofertas do sistema. Um dispositivo utilizado neste sentido é o adensamento tecnológico na rede própria especializada:

Outro dispositivo é o investimento em instituições públicas, como Hospital Universitário, e filantrópicas em sistema de co-gestão para oferta de serviços complementares ou inexistentes na rede própria.

A Gestão dos Programas

O programa é a estratégia elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju para organizar, através de todas suas redes assistenciais, a assistência a determinados grupos de vulnerabilidade. O Núcleo de Desenvolvimento de Programas (NUDEP) compreende sete áreas programáticas:

1. Mulher e Saúde Reprodutiva;
2. Criança e Adolescente;
3. Adulto e Idoso;
4. Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS;
5. Saúde Bucal;
6. Saúde Mental; e
7. Vigilância de Agravos Transmissíveis de Notificação Compulsória.

Além das áreas programáticas o Sistema Municipal de Informações de Saúde (SIMIS) atua conjuntamente de forma a matriciar as equipes dos programas no que diz respeito ao monitoramento, além de abrigar os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil.

A Coordenação de Vigilância Epidemiológica do município foi reestruturada no final de 2003, tendo seu componente de gestão do cuidado e monitoramento das ações incorporado ao NUDEP como o Programa de Vigilância de Agravos Transmissíveis de Notificação Compulsória. O componente de ações e serviços de controle das endemias, como as equipes de campo de dengue e endemias e o Centro de Controle de Zoonoses, foram vinculados à gestão da rede básica. Esta vinculação se deu pela natureza de seu objeto de trabalho e pelo desenvolvimento de um processo de integração com esta rede em sua distribuição sobre o território, que iniciou-se em 2002, e será concluído com a completa incorporação dos Agentes de Endemias à equipe de Agentes Comunitários de Saúde, inclusive com unificação de suas atividades, bem como dos Supervisores de Campo às Equipes de Supervisão da Rede Básica.

O perfil dos profissionais que compõem as equipes das áreas programáticas, atualmente, é de profissionais de saúde com experiência prática em serviço, especialistas em saúde coletiva e especialistas da área de saúde de interesse do programa. Também atuam como colaboradores destas equipes, profissionais de outras redes, que são referência para alguns assuntos. Esta equipe multiprofissional conforma um colegiado do programa e um dos membros da equipe é o Coordenador do Programa, atualmente todos os Coordenadores são especialistas em Saúde Coletiva, e as equipes conseguiram manter especialistas que passaram no concurso ou por meio de consultoria. A equipe dos programas divide responsabilidades em relação à pactuação com as diversas redes, este processo está bastante avançado na rede de especialidade ambulatorial e rede hospitalar e está se iniciando na rede de urgência e emergência através do seu componente hospitalar. Os sete programas e o SIMIS compõem o Colegiado do NUDEP, do qual sou Coordenadora, mantendo o perfil de ser especialista em Saúde Coletiva, no meu caso médica de formação e com área de atuação em Planejamento e Administração em Saúde.

Ao longo da gestão cada área programática elaborou suas normas técnicas e protocolos e, durante o ano de 2004, finalizou seus programas já contando com as redes assistenciais quase completas para compor o conjunto de ofertas programadas em suas Linhas de Cuidado. A lógica de estruturação dos Programas está detalhada a seguir e serviu como roteiro para avaliação e padronização dos programas existentes e elaboração daqueles que ainda não estavam prontos ou que necessitaram ser reestruturados a saber o Programa de Saúde do Adulto – que reuniu os Programas de Atenção Integral ao Diabético e o Programa de Atenção Integral ao Hipertenso – o Programa de DST/AIDS, que adota o Manual do Ministério da Saúde como norma técnica e ainda não havia apresentado sua formulação como um programa com ofertas distribuídas através das redes do município e adaptadas às diretrizes do Modelo e o programa de Vigilância de Agravos Transmissíveis, que possuía apenas protocolos para cada agravo.

Estrutura dos Programas

1. Introdução ou apresentação do Programa

É uma descrição do(s) problema(s) de saúde pública (agravo, risco ou vulnerabilidade de determinados grupos) abordado(s) pelo programa. Apresenta dados sobre a ocorrência em escala macro (no Mundo ou no Brasil) e sua expressão no âmbito locorregional.

Em geral a eleição de problemas de saúde pública diz respeito às seguintes variáveis oriundas do método CENDES-OPS (TESTA, 1992a):

- magnitude - o tamanho, o significado em termos de indicadores de morbimortalidade,
- transcendência - seu significado social, seu impacto sobre as condições de vida das pessoas,
- vulnerabilidade - a possibilidade de abordar o problema através de tecnologias conhecidas, eficazes e disponíveis.

2. Objetivos

É uma declaração sobre o impacto que se deseja obter sobre o problema através do conjunto de ações programadas, geralmente diz respeito ao grau de controle, ou resultados, que se espera através das intervenções elaboradas. TAUIL (1998) apresenta uma caracterização dos objetivos das medidas de controle para agravos transmissíveis que achamos possível adotar para orientar os objetivos em relação a agravos não transmissíveis:

- Erradicação: redução da incidência a zero e sua manutenção mesmo sem a continuidade das medidas de prevenção. Ex.: varíola. Este é um objetivo raro, quase impossível entre os agravos não transmissíveis
- Eliminação: redução da incidência a zero com manutenção, por tempo indefinido, das medidas de prevenção. Ex.: pólio, raiva humana.

- Redução da Incidência: alcançar níveis tão baixos que deixem de ser problema de saúde pública. Ex.: calazar, gravidez indesejada.
- Redução da Gravidade: realizar diagnóstico e tratamento precoces mudando o perfil da evolução de alguns agravos. Ex.: leishmaniose, esquistossomose, Ca. Colo, Diabetes.
- Redução da Letalidade: realizar diagnóstico e tratamento precoces mudando o perfil de mortalidade de alguns agravos. Ex.: Ca mama, Hipertensão Arterial, Diabetes.

Estes objetivos têm limitações para descrever o impacto de algumas intervenções como a de Saúde Mental, por exemplo. Existe a necessidade de se elaborar objetivos carregados de subjetividade, capazes de declarar o que considera ganhos de autonomia, como por exemplo, para avaliar o impacto de intervenções sobre a vida de portadores de transtornos mentais e sua rede de relações familiares e sociais, o mesmo valendo para idosos e até para indivíduos acamados ou dependentes de cuidados.

A adoção de uma ação programática pode, e deve, ter mais de um objetivo. Cada programa deve apontar claramente sua intenção. A definição de objetivos precisos é de fundamental importância para a identificação das medidas preventivas e de controle a serem adotadas e da natureza das intervenções utilizadas. Os objetivos ajudam a orientar a avaliação dos resultados alcançados e produzem sentido e significado mais precisos para as equipes, para a gestão e para a sociedade.

3. População alvo

É a definição da população que compõem o grupo vulnerável, do agravo ou risco. Caracterização e composição do grupo, participação deste grupo no conjunto da população, onde estão, etc.

Ex. um público prioritário para a S. Bucal são crianças em idade escolar: Ou seja, é importante saber quantas são as crianças em idade escolar e como estão distribuídas entre os estabelecimentos escolares; para a S. da Mulher é importante saber quantas são as mulheres em idade fértil e como esta população é caracterizada.

4. Estratégias de Captação

Mecanismos utilizados para promover/facilitar acesso da população-alvo às tecnologias disponíveis para diminuição ou eliminação de riscos/vulnerabilidade, prevenção de agravos e incapacidades. Estas estratégias podem ser contínuas/rotineiras ou pontuais como as mobilizações e campanhas a depender dos objetivos das intervenções.

Também é importante que em cada ponto do Sistema de Saúde existam estratégias de articulação da assistência e da rede de serviços para a produção do cuidado integral, possibilitando em qualquer momento acesso à tecnologia mais adequada no local apropriado.

Ex. escolares devem ser abordados na escola quando alvo de ações de promoção à saúde e prevenção, entretanto esta abordagem não exclui a obrigação dos profissionais, durante intervenções curativas, de enfocarem aspectos de promoção e prevenção. Toda intervenção profissional em saúde deve propiciar aos indivíduos que se tornem mais autônomos e capazes de viver com mais saúde. Outro exemplo é a necessidade da Rede de Urgência e Emergência ter mecanismos de inclusão em outras ofertas do sistema para usuários rotineiros como asmáticos, hipertensos, alcoolistas e aqueles com transtornos mentais moderados.

5. Estratificação de Risco

Distinção feita dentro do grupo de vulnerabilidade (do agravo ou do risco) de estágios/ graus e condições que demandem diferentes concentrações de esforços, de tecnologia ou de intervenções. O risco aqui é considerado nos múltiplos aspectos em que se apresentam nos grupos e indivíduos, para além do biológico, o social, cultural, ambiental. Apesar destas condições serem muito variadas e se expressarem de forma bastante singular é importante que o programa indique as situações que demandem maior atenção dos profissionais e orientem a necessidade de acesso ao um conjunto de ofertas diferenciado. Esta abordagem deve introduzir um componente de custo-benefício das intervenções e uma concepção de desmedicalização da atenção.

6. Ofertas Programadas

Conjunto de intervenções complementares, dispostas ao longo do tempo e através das diversas redes assistenciais, necessárias à diminuição da vulnerabilidade dos grupos e dos indivíduos a determinados agravos e riscos. Cada oferta programada tem uma resolutividade esperada. As ofertas são as opções disponíveis para composição da linha de produção do cuidado para os indivíduos dos grupos de vulnerabilidade.

O arranjo destas intervenções para cada indivíduo não deve ser um elenco rígido, deve levar em conta a subjetividade e as condições concretas dos indivíduos de terem acesso às tecnologias necessárias. Em geral a dinâmica dos programas mais tradicionais e muito rígidos se torna impeditiva para indivíduos com inserção no mercado de trabalho (formal ou informal) e as equipes têm dificuldade de incluir os indivíduos em situações menos graves, quando o grau de autonomia é bastante preservado e os indivíduos tendem a resistir a intervenções mais autoritárias e tuteladoras que em geral as equipes estão habituadas a utilizar em situações mais graves. Mesmo nestes casos há dificuldade de inclusão, pois frequentemente é necessária à mobilização de vários recursos em diversas redes assistenciais, e há grande risco de fragmentação e baixa responsabilização nas intervenções.

7. Indicadores de monitoramento

Informações necessárias para o acompanhamento das ações nas diferentes etapas do programa e níveis de agregação.

Informações sobre as etapas produzem indicadores que podem ser de:

- estrutura (quantos profissionais, equipamentos...),
- processo (captação, estratificação, ofertas, acompanhamento) ou,
- resultado (impacto, desfecho, complicações, óbitos, altas...);

Níveis de agregação: municipal, regional, local (da área de abrangência das US) e das áreas adscritas de uma US. Pode-se agregar também por profissionais ou outras unidades mas a preocupação do Programa é com o recorte populacional (dos coletivos que habitam certos territórios).

Existem vários instrumentos para a coleta da informação, alguns padronizados pelo Ministério da Saúde, outros criados para atender às necessidades dos próprios programas. É importante declarar a fonte utilizada para compor os indicadores dos programas e estabelecer um retorno das informações para as equipes como forma de produzir valor de uso para as informações e desalienar o processo de produção dos dados pelos profissionais.

O Reconhecimento do Objeto dos Programas

Como foi relatado no resgate do processo de incorporação das Ações Programáticas pelo Modelo, as equipes das áreas programáticas passaram por reformulação durante o ano de 2004 após o concurso público. Esta reformulação por um lado propiciou a constituição de equipes com perfil potencialmente mais adequado para a gestão dos programas mas, por outro lado, provocou uma certa descontinuidade no trabalho. Esta descontinuidade só não foi completamente desastrosa porque em todos os programas houve profissionais que passaram no concurso, mesmo assim houve grande renovação das equipes.

Novos profissionais, com disponibilidade maior para o trabalho, possibilitaram uma nova conformação do colegiado do NUDEP. Esta nova conformação, aliada ao fato da Coordenadora entrar em licença maternidade, tornaram iminente a necessidade de se discutir e pactuar a natureza da gestão dos Programas e seus objetos, permitindo uma maior clareza para as equipes acerca de seu papel além da identificação de necessidades de pactuação entre o NUDEP e outros setores da SMS. Este momento foi importante para estabelecer uma agenda que seria assumida de forma colegiada com o monitoramento pela Diretora de Saúde, esta foi uma aposta realizada frente à dificuldade de se substituir,

naquele momento, a Coordenação do NUDEP. A discussão foi realizada em cinco etapas, duas para a discussão sobre o monitoramento dos programas, mediadas pelo SIMIS e outras três para a identificação do objeto dos programas e suas dimensões na gestão, caracterização das atividades dos programas em cada dimensão e identificação de necessidades de pactuação entre o NUDEP e a SMS. O relatório da etapa de identificação do objeto dos programas e suas dimensões está apresentado no Quadro 2, nele aparece a idéia de que o programa faz a gestão do cuidado, entretanto esta gestão está no âmbito da organização das ofertas necessárias ao cuidado. Este material foi reprocessado em um grupo menor que identificou três grandes vertentes do trabalho do NUDEP sobre o objeto “gestão da linha de cuidado para grupos vulneráveis”:

1. Organização das linhas de cuidado;
2. Monitoramento e avaliação do cuidado;
3. Intersetorialidade e comunicação em saúde;

Além do trabalho nestas vertentes existem ainda serviços sob a gerência do NUDEP, entretanto consideramos esta situação, ainda que prolongada, uma etapa transitória entre a implantação e a incorporação destes serviços à rede assistencial a que deve pertencer.

A partir deste ponto, que representa a acumulação institucional sobre a organização das Ações Programáticas na SMS de Aracaju, passo a discutir as dimensões do objeto do NUDEP e os desafios para seu desenvolvimento dentro do Modelo Saúde Todo Dia.

Quadro 2- Caracterização do Objeto do Núcleo de Desenvolvimento de Programas

Cuidado de Grupos Vulneráveis	
Dimensões do objeto	Descrição
Gestão do Cuidado de Grupos Vulneráveis	<p>Eleição de grupos de vulnerabilidade</p> <p>Controle de riscos e agravos da população</p>
Compreensão do risco como uma das necessidades do indivíduo e dos grupos	<p>Acolher as necessidades dos indivíduos e dos grupos incorporando na significação e compreensão destas necessidades a avaliação do risco de forma dialógica, ao invés de tentar enquadrar os indivíduos em rotinas rígidas de programação que desconsideram suas subjetividade e singularidades</p> <p>Organização das intervenções levando em consideração avaliação de risco no território, ou seja, considerar que há uma grande diversidade na composição da dinâmica populacional do município. Na maioria das vezes esta diversidade não respeita a divisão administrativa das regiões de saúde ou das áreas de abrangência dos serviços, demandando alocação de recursos em diferentes graus e até mesmo diferentes estratégias.</p> <p>Promoção da equidade</p>
Normatização/Padronização de técnicas de intervenção sobre o risco	<p>Eleição e instituição de padrões técnicos de intervenção sobre os riscos nos diversos níveis de atenção</p> <p>Garantia dos padrões instituídos através de capacitações, supervisão e referência técnica para os profissionais da rede.</p>
Gestão da Linha de Produção do Cuidado para grupos vulneráveis	<p>Concepção, planejamento e articulação dos recursos existentes nas diversas redes assistenciais para o cuidado dos grupos vulneráveis</p> <p>Pactuar mecanismos de referência e contra-referência entre as redes assistenciais</p> <p>Mediar a relação da atenção básica com o NUCAAR</p>
Monitoramento	<p>Monitoramento da distribuição dos riscos no território</p> <p>Desempenho das Unidades e Equipes em relação ao cuidado dos grupos vulneráveis. (processo)</p> <p>Avaliação de resultados das ações dos Programas. (resultado)</p> <p>Monitoramento de insumos necessários ao desenvolvimento de ações dos programas. (estrutura)</p>
Ações externas à SMS	<p>Articulação de ações junto a organizações da sociedade civil</p> <p>Mobilização popular e da opinião pública</p> <p>Desenvolvimento de ações intersetoriais</p>
Gestão e gerência de serviços e redes	<p>Rede de Atenção Psicossocial</p> <p>Centro de Convivência do Adolescente</p> <p>Centro de Referência em DST/AIDS</p>

Fonte: ARACAJU (2004b).

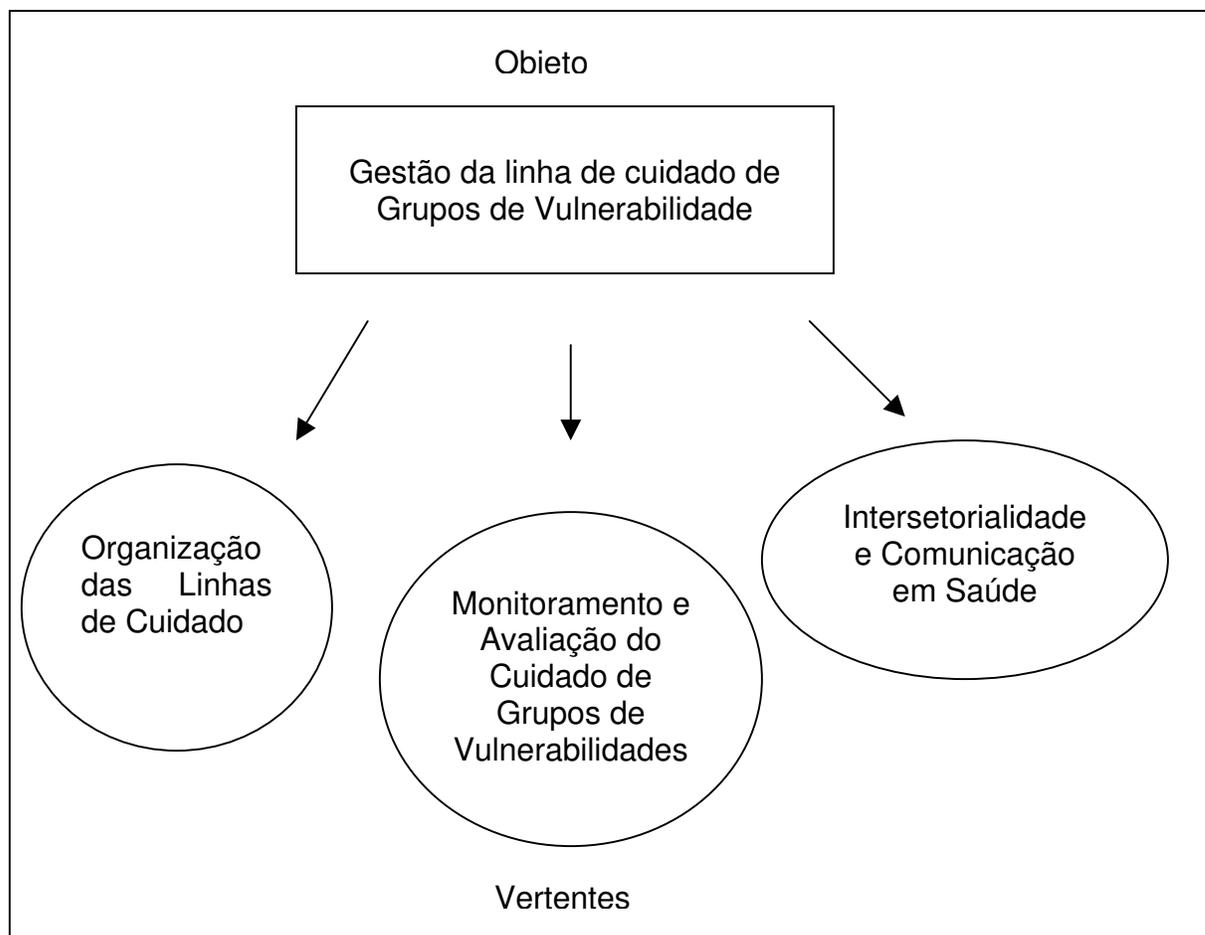


Figura 4- Vertentes do trabalho do Núcleo de Desenvolvimento de Programas

CAPÍTULO V-
DESAFIOS E CONCLUSÕES

O ano de 2004 representou a possibilidade de sedimentação de vários aspectos da política de saúde proposta no Projeto Saúde Todo Dia. No que se refere às Ações Programáticas os aspectos mais importantes foram:

- a constituição de uma equipe de profissionais de carreira do serviço público, contando com profissionais da Saúde Coletiva;
- o grande esforço de sistematização da proposta das Ações Programáticas como tecnologia para produzir o cuidado em saúde dentro do Modelo Saúde Todo Dia.

A sistematização foi representada pela elaboração do Manual das Ações Programáticas¹ (ARACAJU, 2004a), pela apresentação e discussão com todo o coletivo de trabalhadores da rede básica sobre os programas e, por fim, a construção com as equipes das áreas programáticas de uma definição sobre o objeto dos Programas. Estes momentos possibilitaram uma maior clareza para a equipe do NUDEP sobre o lugar das Ações Programáticas dentro da modelagem do Projeto Saúde Todo Dia. Esta clareza é de fundamental importância para que a orientação das intervenções dos Programas não os tornem descolados da proposta do modelo, ou seja, que o Programa seja um dos saberes tecnológicos que as equipes operam para produzir o cuidado em saúde para a população de sua área de abrangência, ao invés de esquema fixo e alienado de atividades para grupos.

A definição de determinados agravos, ou grupos de vulnerabilidades de interesse dos programas não pode ocupar ou substituir, no fazer cotidiano dos profissionais, os momentos de acolhimento, compreensão e significação das necessidades de saúde. Antes, devem servir como orientação para a disponibilização de determinadas ofertas existentes no sistema que podem ajudar a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e dos grupos, contribuindo para a produção de autonomia destes e das equipes que são responsáveis por eles.

¹ O Manual das Ações Programáticas contém todos os programas e as normas técnicas, ou protocolos de atuação profissional sobre os problemas eleitos em cada programa.

Utilizando as três vertentes do trabalho do NUDEP na Gestão do Cuidado de Grupos de Vulnerabilidade no Projeto Saúde Todo Dia apontarei o que considero nossos desafios, ou seja, situações que configuram tensões no processo pretendido de releitura das Ações Programáticas como saber tecnológico e não como lógica que determina a configuração da política, das práticas e da organização do sistema.

A Gestão das Linhas de Cuidado de Grupos Vulneráveis

A gestão das linhas de cuidado deve ser entendida como a garantia das condições necessárias para realizar o cuidado destes grupos de forma integral e através de todas as redes assistenciais e não o fato de realizá-lo diretamente. Além de organizar a disposição de recursos através das redes que compõem o Sistema de Saúde de Aracaju os programas também são responsáveis por identificar recursos existentes em outros setores do governo e da sociedade estabelecendo contratos entre estes atores sobre as prioridades para acesso, ou critérios para encaminhamentos.

Se utilizarmos a imagem das valises tecnológicas (MERHY, 2002) para classificar as ferramentas que as áreas programáticas devem ofertar para compor as valises dos profissionais de saúde teríamos:

- Valise das mãos, das tecnologias duras: O NUDEP é responsável por identificar e especificar insumos adequados para as intervenções necessárias ao cuidado dos grupos de vulnerabilidade, estes insumos são os procedimentos especializados ofertados pelas diversas redes assistenciais e os equipamentos (tensiômetro, colposcópios, espéculos, glicosímetros, balanças, etc...), o NUDEP também é responsável por monitorar o abastecimento, as condições técnicas de uso e a sua conservação.
- Valise da cabeça, das tecnologias leve-duras: esta é uma das especialidades do NUDEP, seu objeto mais tradicional. Produzir esquemas operatórios, os protocolos, para os trabalhadores abordarem de forma mais adequada os problemas de saúde. O protocolo é uma tecnologia dura em seu aspecto de

diretrizes clínicas, principalmente aquelas baseadas em evidências, que são quase “verdades” sobre a intervenção em saúde. Seu aspecto leve deve ser a capacidade de orientar aos trabalhadores formas de singularização dos problemas uma vez que se apresentam em sujeitos portadores de subjetividade, ou seja, de considerar que indivíduos não repetem necessariamente comportamentos de séries, coortes, ou quaisquer outras unidades de análise de ensaios clínico-epidemiológicos.

- Valise do espaço de relação com usuários, das tecnologias leves: esta é uma das valises para a qual temos menos ofertas, mas que não podemos perder de vista. Em geral nossas ofertas para a valise das relações se dá nos espaços de educação permanente onde devemos privilegiar a oferta de saberes e a pactuação de formas de abordar os indivíduos e suas necessidades considerando sua subjetividade e seu reconhecimento como sujeitos portadores de direitos, e ainda, o exercício de uma pedagogia da autonomia e uma ética de cidadania. Entretanto estas ferramentas não podem ser exclusivas do espaço de educação devem ser exercitadas no cotidiano da gestão como forma de educação permanente.

Ressignificando a Ação Programática

Toda a população poderia ser mapeada e recortada segundo diferentes perfis de vulnerabilidade, para as quais estabeleceríamos distintas estratificações e programaríamos intervenções ou ofertas. No entanto, esta possibilidade significaria totalizar a abordagem sobre a população segundo um recorte epidemiológico e isto seria quase um delírio normatizador (CAMPOS, 1994). Esta concepção vai contra nossa proposta de modelo assistencial, cujo objeto das práticas são as necessidades dos sujeitos, ou seja, considerar a subjetividade dos indivíduos e dos grupos, nos propondo a produzir autonomia a partir das intervenções realizadas. A experiência também mostra que a população não respeita a programação de intervenções segundo um recorte técnico, a maior prova disso é que os estabelecimentos de saúde lotam nos horários em que se oferece atendimento à demanda

espontânea e, os mesmos estabelecimentos, com os mesmos profissionais, ficam esvaziados nos horários reservados aos tradicionais programas e atividades coletivas. Outro contrasenso verificado no cotidiano dos serviços através da programação pela epidemiologia é que, apesar de as equipes conhecerem as incidências esperadas de certas patologias, saberem a quantidade de determinados procedimentos que devem ser realizados para sua população cadastrada, estas mesmas equipes mantêm baixas coberturas e seguem reprimindo e desvalorizando a demanda espontânea (CAMPOS, 1994).

Outro aspecto referente à totalização da organização da atenção através de recorte populacional por riscos é que esta é uma proposta muito medicalizante e tecnicista², que representa um custo enorme, que não é apenas financeiro, mas também o custo de assumir uma tutela sobre a população em relação à sua saúde e submetê-la a diversas intervenções (*screenings*, exames, atividades educativas prescritivas) que muitas vezes possuem validade limitada e acabam resultando em excessiva dependência dos usuários ao serviço, no melhor dos casos, ou até iatrogenia em outros casos. Um exemplo concreto é o uso da dosagem de PSA para o rastreamento populacional de Câncer de Próstata, que é contra indicado pelo protocolo do INCA (BRASIL, 2002), por representar mais custo (para o sistema e para os indivíduos) do que benefício, mas, apesar disso, é largamente utilizada e propagandeada para este fim. Em nosso meio a utilização de campanhas como forma de mobilização popular em torno de questões sanitárias costuma ter um viés assistencialista e medicalizante quando, por exemplo, sob o patrocínio da SES-SE, são realizados mutirões³ de final de semana onde são feitas coletas de PSA, entre outros exames (citologias oncóticas, exames oftalmológicos, por. ex.) e distribuição de medicamentos numa perspectiva muito mais assistencialista do que de realizar o cuidado continuado, ou sequer a prevenção e controle de agravos.

² Recorte unicamente técnico e restrito de necessidades a partir de um saber biomédico.

³ Estes mutirões, denominados Programa Pró Mulher, Pró-Família, são realizados pela Secretaria Estadual de Combate à Pobreza em parceria com outras Secretarias como a de Saúde e, além de serviços, oferecem também medicamentos e às vezes produtos de higiene pessoal.

Compreendendo o risco como uma das necessidades do indivíduo e dos grupos

Acho necessário discutir um pouco a forma como abordamos, ou como pensamos a captação dos grupos de vulnerabilidade. Tendemos a achar que basta prever espaços nas agendas dos profissionais para atendimento individual e coletivo e que os usuários chegarão pelo acolhimento, ou pela mão do ACS, e se encaixarão nestas modalidades de atendimento. Talvez esteja aí a explicação para nossa quase completa incapacidade de lidar com problemas como a gravidez na adolescência e a gravidez indesejada em qualquer idade, prevenção de DST/AIDS em qualquer faixa etária e nossas baixas coberturas de hipertensos, sem falar na dificuldade de captação de um grupo tão tradicional nos serviços, como o são as mulheres, quando se trata de prevenção de câncer de colo.

Para entender porque os usuários têm dificuldade em aderir a nossas intervenções é útil nos colocar na posição de usuários de serviços de saúde, ou de pacientes. Não é simples introduzir em nossa rotina cotidiana visitas ao serviço de saúde, cumprimento de prescrições de dietas, preparo para exames, uso de medicamentos... Se estivermos nos sentindo doentes, e se esta doença retira parte de nossa autonomia é possível que aceitemos o conjunto de orientações e prescrições, mas isso só acontecerá se acreditarmos que esta intromissão em nossa vida será definitiva para o resgate de nosso cotidiano. Entretanto esta não é a situação ideal para a intervenção de uma equipe que opera programas que objetivam promoção e prevenção. Através dos programas as equipes devem cuidar de pessoas com os mais variados graus de comprometimento de sua autonomia. Ainda que uma parcela sinta-se “motivada” a se submeter às orientações e mudanças em seu modo de viver, uma grande parcela apresenta apenas perfil de risco sem prejuízo de sua normatividade, estas têm maiores dificuldades de aderirem às intervenções, por isso é preciso ter ferramentas para abordar estas diferentes clientelas que são alvo de ações de promoção e prevenção.

A dificuldade de obter adesão da população às rotinas dos serviços é tão mais difícil quanto mais burocráticas e distantes das necessidades do indivíduo forem estas rotinas. Por isso é necessário que as equipes se proponham a abordar estes grupos respeitando suas necessidades atuais, onde quer que eles estejam, ou o mais provável é que eles só busquem o serviço quando já tiverem perdido algum grau de autonomia.

Seguindo este raciocínio podemos analisar duas situações freqüentes e de difícil abordagem para as equipes de saúde, a gravidez e as DST's na adolescência, por exemplo. Para uma abordagem precoce e eficaz destas situações é necessário sair das Unidades de Saúde e construir intervenções nos lugares onde este público está introduzindo o tema do cuidado nas discussões sobre assuntos de seu interesse como sexo, namoro, relação com a família, identidade, inserção no mercado de trabalho. Mas não basta estar presente nos lugares onde os grupos vulneráveis estão, outro aspecto importante das abordagens educativas que realizamos é que a pedagogia utilizada freqüentemente ignora o sujeito alvo de nossas ações, é uma pedagogia do poder e do saber, nós damos as orientações a partir de nosso referencial técnico ao invés de partimos das necessidades dos sujeitos e construímos com ele a intervenção.

Construindo intervenções sobre os riscos

Nosso desafio está em eleger prioridades e conseguir estabelecer para o sistema, os serviços e as equipes, diretrizes que orientem suas intervenções e o acompanhamento dos indivíduos dos grupos de vulnerabilidade possibilitando seu acesso às tecnologias disponíveis para a melhoria da sua qualidade de vida na medida em que for necessário. É preciso que sejamos bastante cautelosos para que os protocolos sejam um apoio para as equipes cuidarem de sua comunidade ao invés de tornarem a vida dos profissionais e dos usuários um inferno de rotinas rígidas e burocráticas. Um esforço interessante neste sentido foi desenvolvido pela SMS de Campinas com a elaboração do Anti-protocolo (CAMPINAS, 2004). Nesta iniciativa é dada grande ênfase ao manejo compartilhado pela equipe multiprofissional e pelos usuários dos problemas de saúde. É apresentado como oferta para a rede de Atenção Básica e propõe ferramentas de abordagem dos problemas no nível individual, da interação dos profissionais e da equipe com os usuários através de uma ampliação de abordagens clínicas mais tradicionais e outras mais heterodoxas. Também oferece outras ferramentas para acompanhamento das ações no coletivo.

Em nossa concepção o conjunto de ferramentas que permite à equipe se apropriar dos problemas de saúde no coletivo, organizando sua intervenção, fazem parte do programa. Este tipo de confusão, de tecnologia da clínica para manejar problemas no nível individual e tecnologias da saúde coletiva para acompanhar os grupos é muito comum nas propostas de organização do cuidado de grupos vulneráveis existentes nos Protocolos e tornam estas propostas difíceis de se apreender. Entretanto, iniciativas como a de Campinas, de discussão da prática programática não estão disponíveis nos debates mais atuais da saúde coletiva. Seria interessante um espaço para a troca de experiências que podem ser complementares como a de Campinas, no campo da interação de saberes da clínica multiprofissional, e a de Aracaju e Belo Horizonte, mais desenvolvidas no campo da organização do cuidado através das redes.

Composição da Linha de Cuidado

A Equipe do NUDEP é responsável por localizar no Sistema de Saúde todos os recursos necessários para a composição das linhas de cuidado estabelecendo os critérios para o acesso aos recursos. Estas Linhas devem articular os recursos da forma mais racional possível, evitando a duplicidade de serviços e a circulação errante do usuários.

A composição dos recursos nas Linhas de Cuidado é feita em uma relação matricial do NUDEP com os gestores das redes assistenciais do SUS em Aracaju. O programa pactua com o gestor da rede a organização dos serviços e atua conjuntamente na implantação de novos serviços que compõem Linha de Produção do Cuidado. Esta relação na maioria das vezes é tensa, e até conflituosa, pois apesar de ter “autoridade” técnica a equipe dos programas não tem linha de mando sobre os serviços.

O Programa também é responsável por organizar o Apoio Matricial Especializado à Rede Básica, que além de ser uma modalidade de educação em serviço, é também um dispositivo de conectividade entre as redes, ou seja, através do apoio matricial é possível identificar a melhor oferta para cada situação.

Eventualmente, profissionais que atuam nos programas são escolhidos como co-gestores dos convênios com os serviços filantrópicos que compõem Linhas de Cuidado, é interessante que isto ocorra. O grande desafio nesta dimensão da gestão do cuidado é possibilitar que as redes tenham alto grau de conectividade entre elas e por dentro delas, ou seja, que o sistema seja capaz de produzir inclusão do usuário na melhor oferta a partir de qualquer ponto onde uma necessidade seja identificada. Para que isso ocorra é preciso que os profissionais tenham uma capacidade ampliada de compreender e significar as necessidades e, ainda que estes não a tenham é necessário que o sistema seja capaz de registrar as diversas interações do usuário e disponibilizar esta informação para que ela possa contribuir para a produção de significados possibilitando intervenções menos pontuais e mais eficazes. Ou seja, que a capacidade de produzir integralidade seja um atributo do sistema e não apenas de serviços, que se pretendem integrais, ou de profissionais que têm perfil para produzir significados mais holísticos para as necessidades dos usuários. Em Aracaju está se apostando no Sistema Cartão SUS como uma ferramenta de captura das informações sobre os atendimentos, que integrada ao Complexo Regulatório, permita reconstruir as trajetórias dos usuários no acesso aos recursos mais adequados para reconstituir sua autonomia.

Monitoramento e Avaliação do Cuidado

O monitoramento dos programas vem sendo feito de forma assistemática através de cada área programática. A incorporação do SIMIS como setor que matricula o NUDEP e a realização de oficinas de monitoramento têm como objetivo criar condições para que as equipes dos programas melhorem sua compreensão sobre as ferramentas existentes para o monitoramento das ações e para a construção de pedidos para o SIMIS de informações para o monitoramento dos programas. A proposta é que a avaliação dos indicadores seja feita trimestralmente no Colegiado no NUDEP.

A utilização de informações deve servir antes como dispositivo para interrogar a produção do cuidado pelas equipes e pelo conjunto do sistema produzindo melhor compreensão e significação do impacto das ações. A utilização das informações como instrumento de simples controle dos serviços não se justifica em um modelo que propõe a produção de autonomia para os sujeitos envolvidos. Um processo de construção de valor de uso das informações para as Equipes que produzem o cuidado ainda está em processo de desenvolvimento e deverá utilizar centralmente as informações produzidas no momento do atendimento através do registro no Sistema Cartão SUS.

Gestão e Gerência de serviços e redes

Em tese o NUDEP não teria responsabilidade gerencial sobre nenhum serviço, entretanto, além de profissionais dos Programas atuando nas co-gestões, há situações específicas onde alguns programas assumem a gerência de serviços. Esta situação de gerenciamento de serviço pelo programa deve ser uma situação transitória entre a implantação de um serviço e seu pleno funcionamento na lógica de composição da linha de cuidado. No caso da Saúde Mental a especificidade é que o Colegiado Gestor da Rede Especializada de Atenção Psicossocial acumula a gestão do Programa de Saúde Mental. O Coordenador da Rede coordena o Programa e os supervisores da rede são a equipe do programa, que juntos com os gerentes dos serviços compõem o Colegiado da Rede de Saúde Mental.

Já outros serviços como o Centro de Convivência do Adolescente e o Centro de Referência em DST/AIDS estão sob a gerência de Programas por outros motivos. O Centro de Convivência do Adolescente é um serviço único, montado em parceria com outras instituições e que está em fase de discussão e construção de seu papel assistencial nas linhas de produção do cuidado da criança e do adolescente e da saúde mental, atualmente está vinculado ao Programa de Saúde da Criança.

O Centro de Referência em DST/AIDS tem sua origem em três serviços estaduais que foram municipalizados, o SAE (ambulatório de DST/AIDS), o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) e o laboratório. Estes serviços funcionavam de forma independente um do outro apesar de atenderem a uma clientela potencialmente comum, partilharem profissionais, estarem em área física muito próxima e demandarem saberes comuns. O Programa assumiu a gerência destes três serviços como forma de intervir para a sua integração e racionalização criando o Centro de Referência em DST/AIDS, futuramente deverá integrar o Centro de Especialidades Médicas Siqueira Campos, especializado em patologias crônicas transmissíveis e não transmissíveis. (ARACAJU, S.D.b).

Intersetorialidade e Comunicação em Saúde

As áreas programáticas também são responsáveis pela articulação com a Sociedade Civil Organizada e com outros setores da administração pública nos seus temas de interesse. Os programas dividem a representação nos Conselhos setoriais com profissionais da rede. Também fazem interlocução junto ao Ministério Público nas questões do direito dos grupos de vulnerabilidade.

A inserção dos Programas em articulações intersetoriais varia de acordo com a área programática, o Programa de DST/AIDS é o que melhor se articula com a Organizações da Sociedade Civil, já o Programa de Saúde da Criança é o que mais faz articulação com outras secretarias municipais.

Estes espaços de interlocução com a sociedade poderiam servir para ampliação do significado da saúde, para politização da concepção da sociedade sobre o adoecer, um espaço de construção de pactos e de dispositivos para a desmedicalização da sociedade e das etapas e eventos da vida. Entretanto as demandas costumam ser na direção oposta, mas este pode ser um campo importante de intervenção dos Programas.

Existia uma cultura de mobilizar técnicos dos programas para a realização de atividades educativas, principalmente palestras, nas Unidades de Saúde. Atualmente nos comprometemos apenas com o suporte a estas atividades, que devem ser realizadas pelas próprias equipes.

Do ponto de vista da mobilização da opinião pública e produção de novos significados sobre a saúde e a cidadania, a melhor experiência de nossa gestão nas áreas programáticas foi na saúde mental com uma peça publicitária que foi muito competente na veiculação do seu projeto assistencial de inclusão social da loucura. A campanha, com o tema “Eu quero que você me aceite do jeito que eu sou”, teve grande repercussão em toda a sociedade produzindo um novo sentido sobre abordagem em saúde para o portador de transtorno mental, mais politizada e desmedicalizada.

Em geral a mídia mais utilizada pelas campanhas são as camisetas em serigrafia, mas não temos nenhuma avaliação sobre sua eficácia em transmitir o conteúdo destas campanhas, o que é patente é o fato de que elas introduzem no cotidiano da cidade a logomarca da SMS como uma presença que talvez represente alguma forma de “proteção” no imaginário da população, como também acontece com a presença nos bairros dos prédios padronizados das Unidades de Saúde e da circulação de veículos de trabalho também padronizados. Entretanto, dentre todas as estratégias de mobilização da opinião pública a respeito da saúde, a intervenção que tem maior identificação pela população como presença da saúde pública que protege a vida das pessoas é o Serviço de Atendimento Municipal de Urgência (SAMU).

Concluindo

Dentre as tecnologias disponíveis para promoção, proteção e prevenção, mais tradicionais e as releituras propostas na modelagem em experimentação há que se desenvolver grande capacidade de gestão e comunicação que possibilite a ampliação do sentido das intervenções na busca de maiores impactos nas condições que os indivíduos podem ter para viver a vida e vivê-la com mais prazer.

A justificativa para organizar modos de abordar riscos e agravos de determinados grupos se deve ao fato de que não podemos nos furtar à responsabilidade de disponibilizar os recursos existentes para melhorar e prolongar a vida em situações onde há tecnologia de comprovado impacto, principalmente por considerarmos que a saúde na concepção do SUS não é uma mercadoria, mas um valor de uso, um direito de cidadania. Entretanto, na modelagem assistencial proposta, o saber técnico da programação não substitui a subjetividade dos sujeitos como expressão legítima do direito à saúde, e sim coloca-se ao lado de outros saberes tecnológicos na apreensão das necessidades em saúde e na produção de intervenções mais eficazes para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARACAJU, Prefeitura Municipal, **Cidade de Aracaju**: aspectos geográficos. Disponível em <<http://www.aracaju.se.gov.br/cidade/aspectos.asp>>. Acesso em 10 mar. 2005.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **Capacitação dos Gerentes da Rede Básica**: Os Modelos Tecno-assistenciais e o Modelo Saúde Todo Dia. Freire, R.C. (Org.) Aracaju, SE, 2003a. 7p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **Capacitação dos Profissionais da Rede Básica**: Módulo I. Aracaju, SE, 2002a. 30p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **Manual das Ações Programáticas no Modelo Saúde Todo Dia**. Freire, R.C. (Org.). Aracaju, SE, 2004a. 490p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **Núcleo de Supervisão e Desenvolvimento Técnico**. Aracaju, SE, S.D.a 2p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **Oficinas de Planejamento do Núcleo de Desenvolvimento de Programas**. Freire, R.C. (Org.). Aracaju, SE, 2004b. 17p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **Projeto Saúde Todo Dia**. Aracaju, SE, 2003b. 91p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **Relatório de Gestão 2003**. Aracaju, SE, 2004c. 249p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **VI Conferência Municipal de Saúde**: Acolhimento e Garantia de Acesso no SUS, Uma construção de todos. Aracaju, SE, 2002b. 39p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, **VII Conferência Municipal de Saúde**: Saúde Todo Dia: hoje e amanhã. Aracaju, SE, S.D.b. 69p.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Vigisus II**: Plano de Vigilância em Saúde. Aracaju, SE, 2004.

BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1996. 235p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília:Ministério da Saúde, 2001. 126p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **IDB 2003 Brasil**: indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília: Ministério da saúde, OPAS, 2003. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm>>. Acesso em 15 de março de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer da próstata**: consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 20p.

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. **Anti-Protocolo**: Hipertensão arterial, Diabetes, Oncologia, Tabagismo. Zanin, A.; Cunha, G.T. (coord.). Campinas: SMS, 2003. Disponível em <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2004.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2): 569-98, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Análise Crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de Saúde no SUS. In: **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. FLEURY, S. (Org.) São Paulo: Lemos Editorial, 1997a. p. 113-24.

CAMPOS, G.W.S. Crítica às noções que fundamentam o método de “Programação em Saúde”. In: CAMPOS, G.W.S. **A Saúde pública e a Defesa da Vida**. 2^a. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e Modelo de Atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: **Saúde Paidéia**. CAMPOS, G.W.S. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 113-21.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma:** repensando a saúde. 2^a. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7. [CD-Rom]. **Anais...** Distrito Federal: ABRASCO, 2003.

DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria método e criatividade. Coleção Temas Sociais. 3. ed. Petrópolis. Vozes, 1994. p. 31-50.

FRANCO, T.B. MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na Assistência à Saúde: a Organização das Linhas do Cuidado. In: MERHY, E.E. e cols. **O Trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo. Hucitec, 2003. p. 125-34.

FREIRE, R.C. CRUZ, K.T, DONALÍSIO, M.R. O SUS e a Residência Médica – Reconstrução da Identidade do Médico Sanitarista: Relato de uma Trajetória. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, 2000, Salvador. **Livro de Resumos.** Bahia, 2000. p. 123.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. Disponível em <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/estudos.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2004.

LUDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo. Ed. Pedagógica e Universitária Ltda, 1986. pg 11-24.

MATTOS, R. A. Programação e Integralidade: desafios conceituais e metodológicos à consolidação do SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília. **Anais [CD-Rom]**. Distrito Federal, 2003.

MEMORIAL. In: **Michaelis: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos. 1998.

MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de política**. São Paulo. Hucitec, 1992.

MERHY, E.E. Em Busca do Tempo Perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E.E. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo-Buenos Aires: HUCITEC-Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E.E. Planejamento Como Tecnologia de Gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo, E. (Org.) **Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo-Rio de Janeiro. Hucitec-ABRASCO, 1995.

MERHY, E.E. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo. Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Merhy, E.E et al. São Paulo. Hucitec, 2003. pg. 15-36.

NEMES, M.I.B. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. 2^a. ed. São Paulo. Hucitec, 1993.

NEMES, M.I.B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2^a. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: Mendes, E.V. org. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4^a. ed. São Paulo-Rio de Janeiro. Hucitec-Abrasco, 1999. pg. 187-220.

PAIM, J.S., ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Coleção Saúde Coletiva. Salvador. Casa da Qualidade, 2000.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ações e Pensamento na Construção da Integralidade. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 7-34.

SANTOS, R.S.; SANTOS, C.M.; CARVALHO, M.S.; BARROSO, J.E.V.; CANONICCI, E.L.; FREIRE, R.C. Resenha dos Saberes Tecnológicos Sistematizados no Projeto Saúde Todo Dia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília. **Livro de Resumos (1)**. Distrito Federal, 2003a. p.270.

SANTOS, R.S.; SANTOS, C.M.; CARVALHO, M.S.; BARROSO, J.E.V.; CANONICCI, E.L.; FREIRE, R.C. Dispositivos Instituintes de Novos Sentidos para o Trabalho em Saúde: a Trajetória de Construção do Projeto Saúde Todo Dia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília. **Livro de Resumos (2)**. Distrito Federal, 2003b. p.360.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

TAUIL, P.L. Controle de Agravos à Saúde: Consistência entre Objetivos e Medidas Preventivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, 7(2): 55-60, 1998.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Rev Bras S Fam**, V(7): 10-23, edição especial, 2004a.

TEIXEIRA, C.F. Transição Epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(4): 841-42, 2004b.

TESTA, M. Autocrítica. In: Testa, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992a. p 21-9

TESTA, M. Tendências em Planejamento. In: Testa, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992b. p 89-125.

YIN, R. K. **Case Study Research: Design and Methods**. Sage publications: (S.L.). 1989. p. 13-25; 27-65.