

Vigilância da Saúde no Espaço de Práticas do PSF

Texto didático

Carlos Eduardo Aguilera Campos

cadu@vetor.com.br

Para alcançar êxito em seus objetivos uma determinada política de saúde necessita de leis e mecanismos de gestão apropriados. A forma como os estabelecimentos e organizações são concebidos e organizam suas práticas influi decisivamente na satisfação dos usuários e no impacto das ações sobre a saúde dos indivíduos. Sem mudanças nos pressupostos e paradigmas a nortearem o modelo assistencial brasileiro, não se pode esperar resposta satisfatória aos problemas que se apresentam no dia a dia da interação da população com os serviços de saúde. A forma como se organiza a sociedade e suas práticas sociais são, por si só, determinantes para a definição dos problemas de saúde e do modo de solucioná-los. Não é nenhuma surpresa, portanto, constatar-se a hegemonia de um sistema voltado para atender, quase que exclusivamente, demandas individuais, sendo a assistência médica o principal recurso tecnológico colocado à disposição dos indivíduos, em escalas de acesso progressivas e de acordo com a capacidade de compra dos diversos segmentos da população. Se a integralidade pressupõe atuar sobre os determinantes e os riscos de adoecimento, que tipo de gestão sanitária poderia superar as restrições colocadas acima? Como proposta no campo teórico metodológico a Vigilância da Saúde constitui-se um esforço para adequar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde doença, especialmente do ponto de vista da sua determinação social. A partir daí busca desenvolver novas propostas de operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a se respeitar uma visão que se pretende mais totalizadora.

O primeiro desafio a ser superado refere-se à dicotomia das ações dos setores envolvidos na assistência à saúde. O modelo da Vigilância da Saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. Seguindo este modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente tem trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os seus desdobramentos, em termos de doença. Este novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Propõe ainda o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como sujeitos do processo.

A Vigilância da Saúde tem no princípio da territorialidade sua principal premissa. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim têm-se a oportunidade de definir problemas, e um conjunto de prioridades, assim como os recursos para atender as necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica. Território entendido como espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade etc. Além de mudanças teóricas e metodológicas que

permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a Vigilância da Saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções. O indivíduo é o objetivo final da Vigilância da Saúde, mas deve ser considerado como parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto. Um indivíduo não existe sozinho, isolado. Todo homem é resultado das relações que estabelece. O indivíduo autônomo, independente é uma abstração ideológica, ligada a uma determinada visão de mundo. É preciso compreender que melhorar a qualidade de vida, promover a saúde de um indivíduo implica agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive.

Para facilitar a compreensão das múltiplas dimensões a proposta da Vigilância da Saúde iremos aborda-la esta proposta segundo três níveis, quais sejam, os determinantes do processo saúde doença, os riscos e os danos à saúde. Utiliza-se esta estratégia apenas para fins didáticos já que entender a indissociabilidade da atuação sanitária é fundamental para as mudanças propostas. Utiliza-se como referencial teórico o quadro abaixo, adaptado de Teixeira, Paim e Vilasbôas.(quadro 1) A atuação segundo as múltiplas e complexas determinações do processo saúde doença insere-se nas formulações recentes, agrupadas sob o conceito da Promoção da Saúde. Apesar de promissora a proposta de promover saúde é, ao mesmo tempo, desafiadora e complexa, tanto do ponto de vista político quanto do ponto de vista técnico. Muitas de suas ações envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde. A Promoção da Saúde implica no estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores, com fins de se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida. Para se dimensionar a complexidade deste conceito pode-se utilizar a seguinte situação hipotética. Suponha-se que uma determinada secretaria de saúde municipal lance o seguinte desafio à sociedade local: “na próxima década propomos elevar a vida média de nossos moradores em cinco anos.” É sabido que este tipo de proposta depende de inúmeras variáveis, tendo a secretaria de saúde uma responsabilidade apenas limitada para o seu alcance. Mais anos de vida para todos vai certamente depender de múltiplas estratégias, iniciando-se pela própria consciência dos indivíduos e famílias de que isto é possível e desejável. O setor saúde não pode, de forma isolada, alcançar esta meta. Mas, ao mesmo tempo, deve exercer um papel de liderança, decisiva para estabelecer esta agenda. Uma atitude propositiva, contribuindo para criar este cenário. Cabe ao setor avaliar este tipo de utopia, comprovando ser possível aquilo que a sociedade tem dificuldade em vislumbrar. Se neste determinado município pessoas morrem vítimas de atropelamentos ou de leptospirose, caberá salientar para todos os indivíduos e famílias que este quadro não é inexorável e que pode ser superado. Não é utopia, e sim uma possibilidade real. Isto já foi alcançado em outras sociedades e países. Outras condições que possam ser enfrentadas a médio e longo prazos devem ser apontadas. No exemplo citado há ainda um outro aspecto a ser mencionado. Um município não é uma ilha, mas está inserido em um contexto estadual, federal, continental etc. Várias políticas públicas e mobilizações sociais necessitam, para o seu sucesso, de uma abrangência e compromissos que extrapolam o território municipal. É necessário que se discutam novas formas de relações sociais, de organizações e estabelecimentos que atendam melhor as necessidades de saúde e de qualidade de vida dos idosos, das crianças, ou ainda, dos portadores de deficiência, dos trabalhadores e não só a assistência às suas doenças.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, 1986 emitiu a Carta de Ottawa, assim definiu a Promoção à Saúde:

“A promoção à saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde se percebe, pois, não como o objetivo, senão como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais assim como as atitudes. Por conseguinte, dado que o conceito de saúde como bem estar transcende a idéia de formas de vida saudáveis, a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde.”

A ampliação da definição de causa dos problemas de saúde exige a incorporação de novos saberes, tradicionalmente presentes em menor peso, no setor. As ciências sociais, o planejamento urbano, o planejamento estratégico, a geografia, a educação para a saúde, as ciências do meio ambiente, a comunicação social são algumas das disciplinas necessárias.

O estabelecimento de ações intersetoriais deve permitir que, em cada área, surja contribuições para a solução dos problemas de saúde. Estes problemas devem ser aqueles que emergem de discussões comunitárias. As prioridades poderão assim transformar-se em pautas positivas, promotoras de saúde. E a educação e a informação para a saúde passam a ser fundamentais neste processo, na medida em que desperta a consciência sanitária dos cidadãos e intensificam a participação dos mesmos na definição de prioridades. O desenvolvimento sustentável vê o ambiente como realidade e totalidades integradas, e vê o homem como parte das mesmas, que são vivenciadas segundo lugares singulares, segundo uma base territorial, segundo processos sociais vividos localmente. Assim é possível constituir-se um processo de reflexão coletiva sobre as condições de vida das comunidades e sobre como estas condições contribuem para o estado de saúde e para a qualidade de vida.

No processo de construção de ambientes/indivíduos /comunidades saudáveis são fundamentais conceitos como direitos de cidadania (lazer, moradia, trabalho etc), equidade, responsabilidade social pela saúde, participação, etc. Esta dinâmica necessita de determinadas ferramentas técnicas, como o acesso a informação, à educação, a gestão dos recursos disponíveis etc. É fundamental um esforço de participação no planejamento, na análise das relações sociais e as condições objetivas de vida, reprodução e sobrevivência. É preciso definir as possibilidades de cada ator social e de todos para superar dificuldades, estabelecer compromissos e pactuá-los politicamente. É bom lembrar que pacto pressupõe um diálogo entre atores que se disponham a reconhecer a força uns dos outros, e não uma relação em que se busca o domínio e a imposição de um ator sobre o outro.

O segundo nível da atuação, tal como proposto no modelo da Vigilância da Saúde, refere-se à prevenção dos riscos de adoecimento (ver quadro 2, anexo). Estas análises igualmente entendem e estão voltadas para entender o risco segundo os grupos sociais imersos em seu território. Informações hoje disponíveis na clínica ou na epidemiologia acerca dos principais fatores de risco presentes passariam assim a ser referenciadas à dinâmica dos grupos, das famílias, segundo as suas particularidades e segundo as dimensões sanitária, ambiental e

epidemiológica. A riqueza deste processo está em poder estabelecer novos elos causais e soluções que podem extrapolar o atendimento pontual e fragmentada dos problemas de saúde. Desta maneira os diversos grupos que atuam nas áreas ligadas à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, aos programas de saúde, que buscam a identificação e o controle de riscos devem buscar novas interfaces, de forma a atuar de forma integrada. Infelizmente ainda convive-se com equipes múltiplas, atuando de forma vertical à nível central, atuando sobre um determinado vetor, ou sobre uma determinada doença infecciosa, sem uma visão abrangente e uma ação integral, segundo os problemas que afetam as comunidades. As ações programáticas necessitam ser repensadas no sentido de desenvolver ações que reduzam, concomitantemente, os múltiplos fatores relacionados ao adoecimento. Mesmo considerando a importância da especialização e das distintas áreas do conhecimento técnico das equipes, é inadmissível que estas continuem trabalhando de forma isolada, cada qual voltada para a sua área de conhecimento. O que se constata, muitas vezes, é a total desarticulação entre elas. Grupos técnicos que controlam roedores, mosquitos, qualidade da água, alimentos, estabelecimentos, tuberculose, meningite, aids, diarreia, sarampo, hanseníase, câncer, tabagismo, diabetes, hipertensão, dst, todos a atuar segundo suas próprias rotinas, sem nenhuma articulação ou planejamento, duplicando e segmentando uma realidade que é indivisível e inter-relacionada. Vale ressaltar que, em alguns casos, estas equipes estão constituídas de maneira desigual e algumas delas sequer atuam. Devido à ausência de recursos para financiá-las limitam-se a “contar casos”. Dentre muitos exemplos deste problema a superar pode-se destacar o caso da Dengue. Seu ressurgimento é resultado da ocupação urbana mal planejada, da falta de saneamento, do aumento indiscriminado da produção de embalagens descartáveis e pneus, sem coleta e destino adequados, da degradação do meio ambiente, das condições de habitação, de hábitos e do não entendimento de famílias e comunidades sobre a existência de focos e sobre o modo de transmissão, da capacidade de adaptação do vetor às novas condições etc. A destinação de, por vezes, vultosos recursos para a contratação de “mata mosquitos” e “fumacês” em época de epidemias está diretamente relacionada à ausência de recursos e ações sobre os riscos que as provocaram. Ao contrário, cada comunidade deveria estar sendo orientada e provida de meios para melhorar as condições sanitárias e ambientais e a reduzir os riscos de transmissão. Para isto seria imprescindível que se promovesse a consciência sanitária por meio da educação para a saúde, a intervenção sobre o lixo domiciliar, sobre a qualidade da água, do saneamento e das condições de moradia. Os agentes responsáveis por esta atuação não poderiam, como ocorre hoje, estarem exclusivamente voltados para um vetor, um mosquito, mas sobre as condições de risco social, sanitário, epidemiológico e ambiental como um todo. Estariam assim contribuindo para a redução efetiva de inúmeras outras doenças associadas e essas condições, como a leptospirose, as hepatites, a diarreia etc.

O terceiro nível de atuação refere-se a assistência propriamente dita. Que modelo assistencial poderia atender satisfatoriamente ao conjunto de pressupostos e desafios colocados pela integralidade? A existência de postos e centros de saúde não necessariamente garante esta atuação transformadora. São necessárias algumas condições prévias para que os princípios da promoção e da prevenção passem a reger o funcionamento dos serviços de saúde. Mais uma vez a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são imprescindíveis. Permite o estabelecimento, a partir da identificação de problemas e da eleição de um conjunto

de prioridades, o planejamento do trabalho em saúde. Assim as equipes locais devem trabalhar desta forma, exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada micro-área do município. São estes os responsáveis pelo atendimento primário, pela decisão de se acessar os recursos disponíveis no sistema municipal de saúde e de outras instâncias para atender aos problemas detectados. Contribuir para a organização da comunidade no esforço de melhorar as condições de saúde. Esta equipe local é, portanto, responsável por todos os aspectos implicados com a saúde e tem por objetivo partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, da prevenção e do atendimento à saúde das famílias a ela referidas. Note-se ainda que o papel exercido por estas equipes evita que o próprio indivíduo, ou a família, tome para si, a responsabilidade de tomar as decisões a respeito da busca por serviços, atendimentos, exames etc. É comum constatar que, por falta desta equipe local que a oriente, a população procura os serviços, em busca de atendimentos especializados, a partir de sua própria percepção de necessidades. A partir de um sinal e sintoma eleger um suposto especialista que possa resolver o problema. O resultado deste comportamento pode ser verificado na porta dos serviços de saúde, com filas intermináveis desde a madrugada.

Para que se dê a mudança das práticas de saúde conforme exposto acima, é necessário também, a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de olhar o paciente e também o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de saúde. As equipes de saúde precisam oferecer mais do que a prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos formais. A formalidade e a burocratização da prática de saúde coíbe a satisfação profissional, além de provocar um estado de estagnação, onde o profissional tem consciência da inoperância do resultado final das ações realizadas, mas não se sente responsável por isto. Continua a realizá-las de forma mecânica, como não se incomodasse com a recorrência do adoecimento, fruto da permanência das determinações do mesmo. A criança volta toda semana com o mesmo quadro infeccioso ou respiratório, a mulher se queixa do nervoso ou da dor de cabeça que não tem solução. E assim se sucedem os pacientes, nos consultórios, com suas queixas recorrentes, diante das quais os profissionais se sentem impotentes, incapazes de agir de forma eficaz. É indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, o que a pessoa pensa. Uma postura que não seja distante e impessoal. E talvez esta postura o leve a expor, clara e diretamente ao paciente, as possibilidades e os limites da intervenção através do serviço de saúde e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados. Em diversos países do mundo, como a Inglaterra, Canadá, Espanha, Holanda, Cuba, México, entre outros, cabe ao médico de família o papel de prestar o primeiro atendimento e coordenar as ações de saúde para um conjunto específico e famílias de uma comunidade. No Brasil, desde a década de oitenta foi criado programa de residência médica em medicina geral comunitária assim como a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária. Apesar do movimento de mudanças curriculares voltado para a formação de médicos generalistas, os impasses advindos da indefinição de uma política de atenção básica no país, resultou em grande prejuízo ao ensino de pós graduação, especialmente devido a baixa procura deste profissional por parte dos sistemas locais de saúde.

Esta tendência começou a ser revertida devido à iniciativa de municípios em implantar Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Medicina de Família. Estes projetos,

inicialmente isolados, se disseminaram e resgataram, para a sociedade e para os sistemas locais de saúde, a figura do médico da família e comunidade. Passou-se então a questionar a estratégia anteriormente adotada, de organização das unidades básicas de saúde, baseada no trabalho de assistência médica por especialidades básicas. A partir de 1995 o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de implantar o Programa de Saúde da Família em todo o território nacional. Ocorreu então a aceleração do processo de constituição de equipes, tornando-se um consenso a importância do médico de família para compor e liderar as ações previstas na Atenção Básica à Saúde.

Atualmente o Programa de Saúde da Família tornou-se a estratégia prioritária de reformulação do modelo assistencial da Atenção Básica, estando já implantadas cerca de 15.000 equipes de saúde da família no país. Este número encontra-se em constante evolução, dado o ritmo de crescimento do número de equipes no país. Estas são, geralmente, compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e entre 6 e 8 agentes comunitárias de saúde. Recentemente foi incluído na equipe profissionais de saúde bucal.

No quadro abaixo estão listadas as principais atribuições das Equipes de Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde:

Atribuições das Equipes de Saúde da Família segundo o Ministério da Saúde

- Conhecer a realidade das famílias (sócio-econômica, psicológica, cultural, demográfica e epidemiológica)
- Identificar problemas de saúde e situações de risco,
- Elaborar planos locais de saúde
- Valorizar o vínculo, a continuidade e a relação de confiança
- Executar ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária
- Desenvolver ações voltadas para o controle da hanseníase, tuberculose, dst/AIDS, doenças crônicas, ligadas ao trabalho e o meio ambiente
- Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência
- Prestar assistência integral e promover a saúde através da educação para a saúde
- Desenvolver a auto-estima, o apoio mútuo, o auto-cuidado, a troca de experiências
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente
- Incentivar a formação e a participação nos Conselhos de Saúde.

Fonte: MS, Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família, Brasília, 2000.

Como pode ser verificado, as atribuições das equipes guardam grande coerência e sintonia com os princípios da Vigilância da Saúde. A Saúde da Família pode, portanto, ser considerado o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde. Esta nova lógica de atuação não deve se limitar à Saúde da Família, mas, sim, disseminar-se por todos os serviços, desde as unidades básicas até as unidades hospitalares. Outros aparelhos sociais presentes em cada local devem estar também contribuindo para esta lógica assistencial. Deve-se buscar, nos programas de saúde coletiva, o estabelecimento de propostas de ação conjunta, voltados para solucionar problemas relevantes e particulares de cada território, agregando contribuições de

diversas áreas técnicas, contribuindo assim para que as equipes locais possam estar capacitadas a tratar problemas de forma integral.

Discussão

Exercício 1

Descrevemos a seguir um caso ocorrido no interior do Estado do Rio de Janeiro. Em determinada região começaram a surgir casos de infecção de pele, em membros superiores, em homens adultos. Em um modelo convencional de assistência à saúde, provavelmente estes indivíduos teriam procurado um pronto atendimento de um serviço municipal e solucionado o problema através de antibióticos. Até porque, segundo uma demanda espontânea dos indivíduos a locais distantes de sua moradia, não haveria porque suspeitar, a não ser que o problema tomasse um vulto maior, de associações causais ligadas ao território específico em que esses indivíduos pertenciam. Não foi esta a dificuldade da equipe de saúde da família que atuava no local onde surgiram estes casos.

Infecção de Pele

Diagnóstico e
tratamento

Associação Causal

Investigação/Cenário

Ordenhadores

Vigilância Epidemiológica e
Ambiental (Zoonose/Cowpox)

Impacto social e econômico

Redução produção leiteira

Desemprego

Vigilância Sanitária

isolamento/eliminação
gado contaminado

Informação e Educação para a saúde.

Identificação de focos e erradicação

Tão logo surgiram as primeiras infecções, os integrantes da equipe de saúde da família imediatamente perceberam a relação entre a ocorrência dos sinais e sintomas e o fato destes indivíduos serem ordenhadores. A facilidade de acesso ao território permitiu-lhes identificar que as vacas sofriam de uma zoonose, na região das tetas. Para o homem, esta infecção não acarretaria maiores prejuízos, mas teria graves conseqüências para a produção de leite e, por sua vez, para a sobrevivência das famílias. Caso aquele vírus não fosse controlado, toda a região sofreria gravemente, pois haveria queda da produção de leite em virtude da infecção dos animais.

As equipes foram capazes de mobilizar a comunidade e acionar setores ligados a vigilância sanitária, agricultura, epidemiologia, associações e grupos de produtores rurais e se isolaram os animais infectados. Este é um caso exemplar de como as equipes de saúde devem trabalhar segundo o contexto social, econômico, sanitário, assistencial, segundo um novo pensar e um novo agir em saúde. Mostra ainda que a equipe não necessariamente tem que dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acomete a comunidade mas sim estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes. Ao tomar para si esta gestão da saúde local a equipe pode acionar os diversos setores e especialistas que cada caso requer.

Discuta no seu grupo outros casos em que a equipe do PSF atuou de forma semelhante. Quais seriam as condições necessárias para que as equipes incorporassem este novo olhar e esta nova prática.

Exercício 2

As principais questões da clínica e da saúde pública sobre seu objeto, as doenças são: como evitá-las, (prevenção primária ou controle de incidência); como curá-las (prevenção secundária ou controle de duração, logo, da prevalência); como atenuá-las (prevenção terciária ou controle de complicações). Assim, as doenças e suas causas, conseqüências e tratamento são o foco da clínica e da medicina preventiva. Neste contexto, a saúde tem sido entendida, centralmente, como ausência de doença. (quadro 3)

Já a promoção da saúde tem seu foco na saúde propriamente dita, propondo abordagens – inclusive de fora do setor saúde que visam manter e melhorar os níveis de saúde existentes. Define-se como o processo de capacitar indivíduos e comunidade para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde- e assim incrementar a sua saúde, devendo para isto um indivíduo ou grupo ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou controlar o ambiente. Ela avança, incorporando o mal estar como percepção subjetiva (relacionado ou não à enfermidade) e a saúde como fato positivo (tanto na sua dimensão subjetiva - bem estar- como objetiva) aos objetos do planejamento intervenção

O caminho entre a saúde e a doença pode se realizar distanciando-se da doença, mas mantendo-a como foco (estratégia preventiva) ou aproximando-se da saúde como referência (estratégia da promoção). A primeira situação implica fundamentalmente em conhecimentos técnicos (identificação, descrição e análise técnica da causalidade) e responsabilidades centradas nos profissionais de saúde. Já a estratégia da promoção é claramente social, política e cultural, posto que a saúde é uma utopia ser definida em suas coordenadas espaço temporais, o que implica claramente no protagonismo de indivíduos não técnicos e de movimentos sociais. Assim como na ação combinada de políticas pública, modificação de estilos de vida e intervenção ambiental através de uma amplo arco de medidas políticas legislativas fiscais e administrativas. (quadro 4)

Temas para a discussão

Discuta os quadros 3 e 4 e analise a complexidade de cada dimensão apresentada.

De que forma se pode conciliar as lógicas da clínica e da epidemiologia na realidade dos serviços?

Como a equipe multiprofissional pode incorporar a promoção da saúde em seu trabalho?

Como manter as ações de promoção, prevenção e assistência funcionando de forma integrada, sem especializar estas áreas em tarefas estanques (temporal ou por tipo de profissional)?

CARACTERÍSTICAS

CLÍNICA

SAÚDE COLETIVA

OBJETO

Campo do conhecimento

Disciplinas básicas

Objetivo

Perspectiva

Processo

Diagnóstico

Material de análise

Fontes de dados CORPO HUMANO

Ciências biológicas

anatomia/fisiopatologia

diagnóstico/prognósticos

intervenção

dedutivo/intuitivo

exaustivo/complexo

“saber tudo sobre um”

muitos dados/poucos casos

casos/pequenos grupos POPULAÇÃO

Epidemiologia

Matemática/estatística

Ocorrência da doença em populações e fatores associados

Conhecimento

indutivo/associativo

simplificado/padronizado

“significância estatística”

poucos dados/muitos casos

amostra/populações

CARACTERÍSTICAS

PROMOÇÃO DA SAÚDE

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS

Enfoque

Conceito de saúde

Modelo de intervenção

Publico alvo

Missão

Estratégias

Abordagens

Objetivos

Executores

Forma de Planejamento

Papel da Educação para a Saúde

Metodologia Determinantes sociais do processo saúde doença

Positivo e Multidimensional

Participativo/político-social

Sociedade

Agendas pautas positivas de saúde

Múltiplas-abertas

Problematização conscientização

Mudanças sociais e ambientais que resultem em bem estar, qualidade de vida e saúde

Atores sociais

Estratégico/participativo

Condição para construção de pautas sociais

Pouco desenvolvida Controle de riscos/erradicação da doença

Ausência de doença

Médico-sanitário

Grupos de risco/portadores

Redução da mortalidade e morbidade

Únicas-fechadas

Objetiva direta persuasiva direcionada

Redução de riscos/agrivos em indivíduos e grupos de alto risco

Profissionais de saúde

Normativo-programático

Compõe uma das ferramentas do método

Programação em saúde

Exercício 3

A Vigilância da Saúde e a Gestão Municipal

A Vigilância à Saúde constitui-se uma nova base conceitual e um novo enfoque metodológico e não é a simples integração administrativa das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental. Propõe-se um novo olhar e, a partir de distintas análises sobre a situação de saúde, gerar uma nova forma de processos de trabalho segundo os princípios de integralidade, territorialidade, continuidade.

Neste sentido é desejável que, no interior da organização dos sistemas de saúde se supere as tradicionais lógicas político-jurídicas (Vigilância Sanitária), técnico-sanitária das doenças transmissíveis (Vigilância Epidemiológica) e de causa-efeito (Vigilância Ambiental).

Existem condições concretas de reorganização das equipes e seus respectivos saberes de forma a construir este novo olhar e uma nova atuação em saúde?

Na interface com o Planejamento, a Vigilância à Saúde possibilita o incremento de três processos fundamentais:

- 1) subsidiar a tomada de decisões pelo gestor municipal;
- 2) melhorar a qualidade da prestação de serviços de saúde nos diversos níveis;
- 3) democratização do saber com vistas a consciência sanitária e o controle social.

De que forma estes processos podem ser viabilizados nos sistemas locais?

O Território é a base analítica que permite uma visão totalizadora dos problemas de saúde: os seus determinantes, os fatores de risco, os agravos e os danos. Também a atuação em base territorial exige a conformação de equipes que estejam organicamente vinculadas às comunidades e famílias, com um novo olhar sobre os processos de saúde e doença.

Que dados estão hoje disponíveis para análises de base territorial?

Como se dá este processo de trabalho em termos de tipo/composição de equipes? Quais são as retaguardas necessárias a este modo de atuar nos sistemas municipais de saúde?

Outro ponto fundamental para a construção da Vigilância da Saúde, a Promoção da saúde implica no envolvimento de novos atores. A participação de diversos grupos sociais permite a discussão de “pautas positivas”. Estas são questões de fundo, que buscam novas relações sociais e modos de se conceber e organizar a sociedade. Visa-se, em última instância melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde.

Como se pode incrementar o grau de participação dos distintos grupos nas discussões sobre saúde?

Como se pode incorporar lógicas e técnicas extra-setoriais oriundas das áreas de comunicação social, meio ambiente, esporte e lazer, assistência social, planejamento urbano, educação, cultura etc?

Condições necessárias para a implantação da Vigilância da Saúde no nível municipal:

- 1) Vontade Política/informação-participação-decisão-ação
- 2) Integração intra e intersetorial e intermunicipal(consórcios)
- 3) Recursos Humanos capacitados
- 4) Sistemas de informações municipais (estrutura e processo)
- 5) Controle Social
- 6) Sistema organizado em base territorial
- 7) Avaliação permanente do impacto das ações do setor sobre a saúde e a qualidade de vida

Quais das condições estão presentes para a implantação da Vigilância da Saúde no nível municipal?

Que funções podem desempenhar os 12 Pólos Regionalizados de Vigilância à Saúde para auxiliar na implantação do novo modelo em todos os municípios do Estado?

Exercício 4

Transcrevemos abaixo um trecho de uma mensagem enviada por Ângela Pasin, médica de família e comunidade. Aproveitando o grande entusiasmo, inquietação e questionamentos que a Ângela transmite, discuta com o seu grupo os conceitos abordados e as questões que são colocadas.

Busque, junto com o seu grupo, trazer para o mesmo exemplo abaixo a discussão de como incorporar no contexto apresentado as ações de promoção, prevenção e assistenciais no marco da Vigilância da Saúde

Queridos colegas

Algumas novidades...

Prestei Concurso Público para PSF no município de Pindamonhangaba - Vale do Paraíba, fui aprovada e há 1 semana fui convocada a assumir minha vaga!!!

Devo estar deixando esta Belíssima Ilha dentro em breve...

Muito foi realizado e mais um "montão" foi semeado, durante esta minha curta "estadia" por aqui:

- Territorialização - apropriação das relações estabelecidas no território-ação, juntamente com a capacitação dos ACSs para a avaliação de "risco";
- Proposta de trabalho em APS e não (como estava ocorrendo) PA-S-SF (Pronto Atendimento Simulando Saúde da Família);
- Coordenação da formação da Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Ilhabela e Litoral Norte;
- Sistematização do processo de trabalho dentro da USF, englobando ações conjuntas de todos os envolvidos na equipe, acolhimento e atividades programáticas.

Resolvi colocar estas questões porque considero esta lista de discussão essencial para o aprimoramento dos médicos de família e comunidade.

Sobre as discussões envolvendo a divisão por "assuntos" em listas diferentes, gostaria de deixar minha opinião registrada: estamos em momentos únicos e diversos, cada um de nós necessita de coisas diferentes em diferentes momentos e tudo isto deve estar numa mesma lista, toda esta multiplicidade somos nós, em múltiplos momentos, em necessidades e demandas múltiplas, em momentos únicos ou não.

Já debatemos de tudo nesta lista: contratação, salários, sistemas de informação, fortalecimento e identidade da medicina de família e comunidade, casos clínicos, questões e desabafos pessoais, emprego-desemprego, gerência - ingerências e dis-gerências... e daí??? qual o problema??? esta é uma deliciosa salada de frutas, azeitada, mexida e "fuçada", misturando sabores e dissabores... somos nós!!!

Nesta salada cabem também os tomates... eles também são frutas... que venham então, todos os frutos semeados!!!

Ângela Pasin

MFC - Ilhabela SP

A mensagem é um pouco longa, mas, acredito que seria interessante a leitura como um relato de como a estratégia do PSF-APS vem acontecendo e como podemos atuar não só como clínicos, mas sim como parceiros na gestão (ou gestação???? risos)

Como relatei em e-mail anterior, estou indo para Pindamonhangaba, cidade com 130.000hab. Gestão Plena do Sistema de Saúde e que vem ampliando gradualmente sua cobertura no modelo PSF-APS.

Durante minha entrevista com a secretária municipal de saúde (e também vice-prefeita) Dr^a Sandra (médica) foram discutidos assuntos importantes sobre a evolução do modelo PSF na cidade e qual seria a minha colaboração neste momento.

Tentarei explicar os pontos importantes para poder depois trazer a questão em pauta:

Zona Leste com cerca de 20% da pop. da cidade (cerca de 26.000hab) em região de ampliação imobiliária (e futuro crescimento populacional) para classe média baixa incluindo um loteamento "social" (918 lotes cedidos pela prefeitura, já com 420 famílias).

Até alguns anos só existia o Posto de Saúde da Cidade Nova, que oferecia atendimento a toda esta população (que era menor!!).Boa estrutura física, com cerca de 20 salas (entre consultórios e serviços), amplas recepção e área externa.

Gradualmente foram implantadas Unidades de Saúde da Família na área de influência-abrangência da UBS Cidade Nova. Ao todo são 8 USF que sejam:

USF Campinas: 1 equipe incluindo região rural - 1207 famílias (em ampliação com a 2ª equipe)

USF Jardim Regina: 1 equipe - 580 famílias (pop. crescendo)

USF Jardim Eloína: 1 equipe - 500 famílias (pop. crescendo)

USF Delta: 1 equipe - 600 famílias (pop. crescendo)

USF Maricá: 1 equipe - 600 famílias (pop. crescendo)

USF Castolira: loteamento "social" com 420 famílias (PSF em implantação)

USF Santa Cecília: 1 equipe - 600 famílias (PSF em implantação)

USF Cidade Nova: 2 equipes - 1100 famílias (pop. crescendo) em implantação

Aos poucos foi sendo "drenada" da UBS Cidade Nova toda aquela população que a ela se referenciava para poder ser implantado nesta antiga UBS uma USF para o atendimento da população somente de seu entorno. Calculou-se o crescimento populacional e deixou-se a possibilidade de não esgotamento precoce das novas USF criadas, admitindo-se o máximo de 800 famílias para cada equipe nos próximos anos.

Estarei trabalhando na USF Cidade Nova que deverá receber uma "adequação" tanto na estrutura física e de equipamentos como na sistematização do processo de trabalho para o modelo de Atenção Primária em Saúde que se propõe.

Me admirei com a visão objetiva, clara e determinada da secretária municipal que conseguiu a "vontade política" do prefeito quando mostrou-lhe os coeficientes e indicadores de saúde e produtividade das USF já instaladas.

Assustei-me um pouco quando me solicitou parceria na organização desta empreitada. Deseja que eu lhe apresente um "plano diretor" para as adequações pretendidas, não só em minha futura USF como nas demais em implantação e/ou ampliação. Pretende posteriormente a criação de uma Macro-Região de Saúde o que incluiria um ambulatório de especialidades no estilo de Equipes Matriciais de Apoio a estas unidades (modelo Gastão Wagner em Campinas).

É neste ponto que recorro a vocês.

- a) A adequação da UBS separaria na estrutura física as atividades de cada equipe? Tipo convivência por vizinhança???

Vocês têm alguma sugestão em equipamentos que "lamentam" não ter disponível em sua USF para APS???

- b) A divisão "espacial" poderia separar as atividades apenas e não as equipes? Tipo um lado seria para consultas (de enfermagem, médica e odontológica) e outro para os serviços (vacinas, curativos, inalações, dispensação medicação, coleta material) e um terceiro para atividades coletivas (reuniões, educação em saúde, grupos)???
- c) Pode-se fazer interdisciplinaridade entre populações de equipes diferentes??? Como ficaria o vínculo profissional-população nos diversos níveis de atendimento??? Aquela gestante é de uma área e participa do grupo de pré-natal de outra?? Ou ela é da população daquela unidade e não daquela equipe X ou Y???
- d) Acredito que o vínculo com a população tem início no cadastramento? O(s) médico(s) poderia(m) participar deste processo, como numa territorialização inicial (primária)? Neste período, como ficam os atendimentos? Mantêm-se por algum tempo os atuais médicos?

São inúmeras as questões que trago comigo a algum tempo. O modelo PSF como estratégia está em construção por este Brasil afora e gostaria muito de contar com o apoio de vocês nesta empreitada. Quero ajudar a fazer esta história acontecer...

Ângela Pasin

Médica de Família e Comunidade, em Ilhabela, com o pensamento nos desafios de fazer....

Nota: Agradecemos à Dra Ângela Pasin por ter autorizado a transcrição das mensagens

Bibliografia

1. Teixeira, Carmem Fontes; Paim, Jairnilson Silva e Vilasbôas, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, ano VII, no. 2, abril/jun 1998.
2. Campos, Carlos E A, O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. Volume 8, n.2, 2003.
3. Buss, P.M. e Ferreira J.R. Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Fiocruz, RJ, 1998, 178pág.
4. Testa, Mario. Análise de Instituições Hipercomplexas. In Merhy, Emerson (org), Agir em Saúde, um desafio para o público. HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, São Paulo/Buenos Aires, 1997, pp.17-70.