Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial

Ana Cecilia S. L. Sucupira*

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. A atenção à saúde da criança como proposta educativa; 3. Incorporando a assistência médica na atenção à saúde da criança; 4. A atenção à saúde da criança: os programas e a municipalização; 5. Os municípios diante dos novos desafios na atenção à saúde da criança; 6. Os limites das intervenções do setor saúde; 7. Pensando a intersetorialidade: a intervenção por projetos e o novo papel da UBS; 8. Conclusão.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da criança e do adolescente; gestão da saúde; municipalização; intersetorialidade; intervenção por projetos.

No processo de municipalização da saúde, destacam-se dois desafios: estabelecer novas formas de relação com o Estado e construir um modelo de atenção que repense a saúde na sua dimensão mais ampla, ou seja, numa perspectiva de atuação intersetorial. Isto implica contemplar todos os determinantes de um dado problema de saúde, visando não só a reduzir a mortalidade e morbidade, mas alcançar uma vida saudável. As crianças e adolescentes, os adultos e os idosos caracterizam-se por modos diferentes de viver, adoecer e morrer. Dessa forma, esses segmentos têm necessidades de saúde específicas. Uma alternativa à atuação fragmentária dos programas está na intervenção por projetos, uma forma dinâmica de organização dos diferentes setores em uma mesma estratégia para enfrentar problemas de saúde. Este artigo discute estas questões, a partir de experiências de desenvolvimento de projetos dirigidos à criança e ao adolescente, onde estão presentes os desafios da forma de gestão municipalizada intersetorial.

Rethinking child and adolescent health care

In the municipalization of health care, two main challenges stand out: to establish new forms of relations with the State, and to develop a model of

* Pediatra sanitarista, chefe do ambulatório geral do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e ex-coordenadora da Assessoria de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (1989-92).

care that rethinks health in a wider dimension, that is, from an intersectorial perspective. This means considering all the determinants of a specific health problem, aiming not only to reduce mortality and morbidity, but also to have a healthy life. Children and adolescents, adults and the elderly have different ways of living, getting ill and dying. Therefore, these groups have specific health needs. An alternative to actions dispersed in different programs are the interventions organized in multi-sectorial projects, a dynamic way of organizing major strategic actions to face health problems. This paper discusses these issues, based on concrete experiences of project development for child and adolescent health care, with municipal intersectorial management.

1. Introdução

Atualmente vivemos um momento conflitante que, se por um lado, é muito desanimador, por outro, é bastante rico em apontar novas perspectivas de atuação na área da saúde. Um olhar nos remete para uma realidade de crise, que vem-se desgastando na sua própria cronicidade, onde a alegada falta de recursos para a saúde justifica o avanço da política neoliberal de privatização. Essa política tem apagado as luzes de qualquer perspectiva de trabalho na área dos serviços públicos, levando muitos antigos e ardorosos militantes da saúde pública a abandonarem o projeto sanitário. Entretanto, em um outro olhar nos deparamos com o fortalecimento de experiências bem-sucedidas de gestão municipal da saúde, com propostas revolucionárias de impacto efetivo na melhoria das condições de saúde da população. Tais experiências se contrapõem aos modelos privativistas, contribuindo para rebater muitos dos arraigados argumentos que objetivam reforçar a propalada inviabilidade dos serviços públicos.

Não há mais espaço para a atuação do Estado, através de ações normatizadoras e centralizadas dos antigos programas. Atualmente, a diversidade das realidades dos municípios não comporta mais as propostas homogeneizantes e padronizadas, concebidas pelos planejadores do nível central, na busca da racionalização de recursos. As mudanças no papel do Estado, introduzidas com a reforma sanitária e o processo de municipalização, deixaram um vazio no poder técnico central, onde anteriormente eram inúmeros os programas, normas técnicas e solicitação assistemática de dados quantitativos, os quais funcionavam como instrumentos indutores do quê e do como fazer na área da saúde, para os níveis estadual e municipal.

Por não terem mais os trilhos por onde andar, os municípios mantêm, por inércia, a realização de ações que constituem fragmentos dos programas tradicionais. As pressões por consumo de assistência médica por parte da população e a necessidade de faturamento por produtividade têm concentrado os esforços na organização do modelo médico-assistencial, caracterizado

pelo atendimento eventual, curativo, do tipo pronto-atendimento. Observa-se, concomitantemente, o esvaziamento da saúde pública e, por conseguinte, da dimensão do coletivo e do social. Esta situação decorre do avanço do modelo liberal privativista, que nega a saúde como um bem público e, portanto, de responsabilidade do Estado.

Repensar a atenção à saúde da criança e do adolescente requer, necessariamente, a discussão das relações do Estado com os municípios e novas formas de organização dos serviços de saúde. O cerne da questão, entretanto, não está apenas na forma como se elaboram e se implantam esses programas, mas, sobretudo, na concepção que fundamenta o modo como se estabelecem os processos de trabalho e as relações entre os atores na construção das práticas de saúde.

A gestão municipalizada abre novas possibilidades tanto para o reconhecimento dos problemas/necessidades de saúde quanto para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento desses problemas/necessidades. Na gestão municipal torna-se mais viável o reconhecimento de que o setor saúde não produz saúde, mas que a construção da vida saudável é uma responsabilidade de todos os setores de governo, atuando numa perspectiva intersetorial que transforma os problemas/necessidades de saúde numa questão social.

Não faz parte da proposta deste artigo ser uma análise teórica sobre o tema, mas uma reflexão sobre experiências vividas em um percurso específico na área da saúde da criança e do adolescente, em diferentes situações de execução ou na administração dos serviços públicos de saúde.

2. A atenção à saúde da criança como proposta educativa

Repensar a atenção à saúde da criança e do adolescente buscando novos caminhos imediatamente nos remete a pensar no que têm sido as propostas e práticas nesta área. E logo nos vem um aspecto marcante dos programas dirigidos à criança desde o início do século. Trata-se da missão educativa que se pretendeu dar à atenção à saúde da criança, baseada na ideologia reformista, tendo como referencial tecnológico as orientações propostas pela puericultura. É importante rever as ações na área da saúde da criança à luz de um quadro mais geral das idéias e movimentos que sustentaram e direcionaram a organização dos serviços e das práticas de saúde ao longo da história sanitária do Brasil e, mais especificamente, de São Paulo.

Na história sanitária brasileira, a atenção à criança tradicionalmente ocupou um espaço privilegiado, em função dos altos coeficientes de mortalidade infantil e, em parte, como conseqüência da importação das idéias européias da doutrina da puericultura, que enfatizavam a necessidade de educar

as camadas populares imersas na ignorância, numa vida insalubre e, por isso mesmo, portadoras de inúmeras doenças (Novaes, 1979).

A saúde pública no início deste século caracterizava-se pelas ações de inspeção e controle dos ambientes públicos e dos indivíduos, através das campanhas e da polícia sanitária, como principais instrumentos de ação com o objetivo de erradicar as epidemias que grassavam na população e que comprometiam o desenvolvimento dos pólos urbanos ligados à atividade agroexportadora (Merhy, 1997a).

Na área da criança, pode-se perceber claramente as influências desta política. Tanto as iniciativas do Estado quanto as da sociedade civil vão estar marcadas pela mesma preocupação. O discurso da puericultura adequava-se ao momento histórico pelo teor das suas propostas, que se fundamentavam na necessidade de impor regras de vida para os grupos sociais que estavam em risco e que colocavam em risco a população. A premissa de que a precária situação de saúde era decorrente das más condições de vida da população, vistas como produto da ignorância e da decadência moral, constituía a base para a difusão da puericultura como instrumento de "domesticação" e civilização. As primeiras propostas na área de atenção à saúde da criança, embasadas no ideário da puericultura, visavam a normatizar todos os aspectos que dizem respeito à melhor forma de se cuidar das crianças, para a obtenção de uma saúde perfeita. A mãe aparecia como o elemento estabilizador, principal agente para a transmissão de valores adequados para a formação de futuros cidadãos saudáveis (Boltanski, 1974).

A referência aos indicadores de mortalidade, no discurso dos puericultores, mesclava a utilização de dados quantitativos referentes a uma situação de saúde, como base para ações sanitárias, com os fundamentos moralistas que justificavam uma prática ideológica e discriminativa em relação às mães das classes populares, como fica evidente no discurso de Moncorvo Filho sobre a mortalidade infantil em 1907: "O excessivo algarismo de mortalidade talvez encontre explicação numa série de fatores, entre os quais relevo notar a ilegitimidade, a falta de educação física e moral e intelectual das mães, a disseminação de muitas afecções e intoxicações como a sífilis, a blenorragia, a tuberculose, a malária, o alcoolismo, os trabalhos excessivos nos últimos meses de gestação. (...) No tocante à primeira idade, além das causas aludidas, deve-se citar a ignorância das mães que por esse fator mais que pela miséria é a origem da morte dos seus filhos" (Novaes, 1979).

A partir da reforma sanitária do estado de São Paulo, em 1925, sob o comando de Paula Souza, a educação sanitária passou a ser o instrumento de trabalho privilegiado. A função educativa proposta para os centros de saúde pode ser apreendida, em toda a sua dimensão ideológica, nas propostas de atenção à criança. É mantida a mesma missão de domesticação das classes populares através da educação em saúde, mas agora, na tentativa de fugir do tom moralista das iniciativas anteriores, introduzem-se conceitos científicos

importados da revolução pasteuriana, que serviam como fundamentação às ações de higiene. Mantém-se a atividade das campanhas nos programas de vacinação. A consulta pediátrica, que tinha então a finalidade precípua da avaliação higiênica, torna-se o momento privilegiado para as orientações de saúde. As atividades no centro de saúde eram dirigidas às crianças sadias, aceitando-se como exceção apenas aquelas desnutridas.

O modelo tecnológico da saúde pública que caracteriza esta fase é marcado pela transformação das práticas sanitárias em práticas médico-sanitárias. Segundo Merhy (1997a), como base do modelo tecnológico "evidenciou-se a noção de que o processo saúde-doença era um fenômeno coletivo de saúde — portanto, uma questão de saúde pública, mas determinado, em última análise, pelas questões próprias das pessoas, dos indivíduos". Neste sentido, as práticas sanitárias fundamentam-se na concepção de que é através da formação de uma consciência sanitária construída a partir de processos educacionais (no caso específico, da aprendizagem de higiene do meio ambiente e do indivíduo) que poderão ser modificadas as condições de vida dos indivíduos.

As mudanças no discurso puericultor e na função da puericultura acompanham estas transformações do modelo tecnológico. As práticas sanitárias, na sua função de inspeção, incorporam o exame médico das amas-de-leite e dos lactentes filhos de indigentes. Amplia-se a inspeção médica escolar e as ações de profilaxia das doenças transmissíveis, através do exame dos alunos e da equipe da escola, reforçando-se, ainda, no interior da escola, a função educativa em saúde.

3. Incorporando a assistência médica na atenção à saúde da criança

Durante os anos 50 e 60, o cenário é marcado pela dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública, observando-se o crescimento da medicina previdenciária, caracterizada por um processo de mercantilização da assistência médica, passando as práticas sanitárias a ocupar um lugar bastante secundário na política de saúde vigente.

Nos anos 70, em São Paulo, propõe-se um novo modelo tecnológico, caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual, a partir da Secretaria Estadual de Saúde, através da programação. Esta política de extensão de cobertura dos serviços de saúde constituiu uma das respostas encontradas pelo Estado brasileiro para enfrentar a grave crise econômica da metade da década de 70, visando a manter a estabilidade do regime. O que caracteriza a programação neste novo modelo tecnológico, do ponto de vista administrativo, é a centralização normativa e a criação de um sistema de informação, com "a introdução da assistência médica individual na rede de centros de saúde subordinada à idéia de ação programática, na

qual aquela aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo" (Nemes, 1990).

Em São Paulo, o Programa de Assistência à Criança correspondeu à formalização do Programa Materno-Infantil (PMI) do governo federal, nos centros de saúde, substituindo o antigo Programa da Criança. O PMI constituiu a proposta doutrinária e de intervenção na saúde materno-infantil nas instituições de saúde no Brasil, na década de 70. Seu projeto pedagógico expressou-se através da proposta normatizadora no campo das práticas institucionais, enquanto sua estratégia de ação continha alternativas racionalizadoras que pretendiam a extensão da cobertura dos cuidados médicos como meio de aumentar seu campo de ação normativa no interior da sociedade brasileira (Sucupira, 1982). Do ponto de vista da proposta pedagógica, não foge aos princípios da puericultura, mas o projeto educativo ganha agora uma nova racionalidade operativa na organização programática, através da sistematização do atendimento, onde o agendamento dos controles passa a ser fundamental. O PMI propunha um esquema de visitas mensais de puericultura, onde se alternavam consultas médicas e atendimento de enfermagem, numa perspectiva de racionalização e extensão da cobertura da assistência. Instala-se uma rotina na qual as mães, para receberem o leite — instituído com o objetivo de intervir no quadro nutricional da população infantil —, têm de cumprir rigorosamente todas as obrigações impostas pelo programa: comparecimento regular às consultas médicas e aos atendimentos de enfermagem e esquema de vacinação em dia.

Quanto à assistência médica individual, as consultas destinavam-se, como já vimos, às ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, determinando, assim, um padrão de consumo destes serviços. O centro de saúde era identificado como um lugar de criança sadia. O reconhecimento deste tipo de instituição como carente de recursos para a resolução das doenças, por prestar um atendimento com baixa densidade tecnológica, dirigia a clientela doente para os serviços cuja prática, pautada no caráter estritamente curativo, aparecia como capaz de resolver os problemas de saúde, o que se torna verdade, quando se pensa no alívio imediato do sofrimento, trazido como uma queixa de doença.

É importante chamar a atenção para este aspecto, no qual a dicotomia entre os atendimentos à criança doente e à criança sadia, muitas vezes realizados em lugares ou horários diferentes na mesma instituição, expressava a reafirmação do modelo médico-sanitário com atendimento de cunho mais educativo, que negava a realidade dos sofrimentos mobilizadores de grande parte das necessidades de saúde transformadas em demandas aos serviços. Para a clientela, este tipo de oferta de serviços aparecia como irracional: "quando não precisava, tinha consulta marcada, quando ficava doente, não tinha vaga" (Sucupira, 1982): aparente irracionalidade, pois, na verdade, havia um objetivo definido, qual seja, o de selecionar uma clientela sadia, capaz

de se adequar às rotinas e procedimentos previstos no programa, para que, assim, se realizasse o projeto educativo, normatizador.

Do ponto de vista da clientela, os centros de saúde eram procurados não por sua proposta educativa, mas em função dos benefícios que oferecia: leite, vacinas e consultas (Sucupira, 1982). Com a afirmação do modelo médico-assistencial nas unidades básicas de saúde, a proposta educativa é suplantada pela necessidade de dar resposta à demanda explícita de atendimento médico.

A atenção à saúde da criança tinha como alvo principal as crianças no primeiro ano de vida, em função dos altos coeficientes de mortalidade infantil. Algumas ações, como vacinação e atendimento ao desnutrido, eram estendidas para a criança até os cinco anos de idade. O escolar aparecia como alvo de ações de saúde por parte da educação. As primeiras ações da saúde escolar, chamada então de higiene escolar, visavam a impedir a propagação das doenças infecto-contagiosas no espaço escolar, por meio da inspeção das condições de saúde dos alunos, da preocupação com a salubridade da escola e do investimento na divulgação de comportamentos sadios que garantiriam uma vida saudável (Lima,1985).

A limitação da atenção à saúde aos menores de cinco anos permaneceu até as décadas mais recentes, tanto nos programas do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde, quanto nos cursos de medicina, onde os aspectos referentes ao crescimento e desenvolvimento são valorizados apenas para os primeiros anos de vida. Até hoje, muitos prontuários dos hospitais universitários, na avaliação do desenvolvimento, têm campos específicos onde se registram as idades em que a criança sentou, andou, falou, controlou os esfíncteres e só. O pediatra forma-se, na maioria das vezes, sem saber a propedêutica do escolar e do adolescente.

Nas últimas décadas, o governo federal e os estados passaram a incluir o adolescente como objeto de um programa de atenção à saúde, a partir das propostas da OMS e dos centros universitários brasileiros.

4. A atenção à saúde da criança: os programas e a municipalização

Ao longo desses anos, as relações, na área da saúde da criança, dos níveis federal e estadual com os municípios foi marcada pelos programas que regulamentavam as ações que deveriam ser desenvolvidas, nos níveis regionais e locais. Os programas verticalizados e impostos desde o nível federal ou estadual, para execução pelos municípios na área da criança, caracterizaram-se por ter sua existência no plano do discurso, sem que houvesse uma real necessidade de sua concretização como uma prática. Quando, porventura, lograram sob algum aspecto assumir a forma de uma prática, já haviam sofrido alterações suficientes para que sua implantação não implicasse mudanças

profundas no modo de funcionamento dos serviços de saúde municipais. Salvo algumas ações específicas, como as campanhas de vacinação, que, entretanto, aconteciam à margem da sistematização do programa da criança, constata-se pouco impacto desses programas nas condições de saúde da criança brasileira.

Este modelo de atuação caracterizado por uma visão normatizadora, impondo modos de pensar e gerir a saúde nos municípios, partia de uma concepção homogeneizante das realidades municipais, o que lhe permitia visualizar soluções e intervenções padronizadas para os problemas de saúde. Negava-se a premissa básica de que a diversidade da situação epidemiológica, da disponibilidade de serviços e recursos de saúde e do grau de desenvolvimento de cada município gera problemas de saúde peculiares que exigem soluções específicas. Enfim, o município, como um espaço de necessidades, tensões e saberes, não existia para os planejadores.

Com o privilegiamento do município como arena de planejamento e execução das ações de saúde, o que se observa é um esvaziamento das funções do nível estadual, num processo de "morte por inanição" das áreas técnicas, que, sem recursos e sem participação na determinação das políticas de saúde, terminam por desenvolver tarefas específicas de encaminhar a operacionalização de projetos ou programas que não foram por elas concebidos.

5. Os municípios diante dos novos desafios na atenção à saúde da criança

Atualmente, os municípios, ao pensarem a atenção à saúde da criança e do adolescente, deparam-se, de um lado, com as pressões por extensão de cobertura que se expressam nas reivindicações por consumo de serviços médicos, e, de outro, com um perfil epidemiológico que vem-se modificando progressivamente, em intensidades diferentes, de acordo com seu estágio de desenvolvimento, e que requer novas formas de intervenção por parte do setor saúde. O enfrentamento da primeira questão tem levado a uma ampla discussão voltada para a busca de maior efetividade das ações em saúde e que, em muitos locais, tem-se centrado na mudança do modelo de atendimento.

Algumas administrações têm investido na elaboração de novas formas de organização das práticas desenvolvidas nas unidades de saúde, na tentativa de oferecer serviços de melhor qualidade à população e, ao mesmo tempo, produzir impacto na realidade epidemiológica do município. Um dos vieses dessas tentativas está, justamente, no fato de que muitas das mudanças propostas se resumem a novos arranjos de um mesmo modelo, que, centrado no cuidado médico, reproduz uma visão medicalizante dos problemas/necessidades de saúde da população.

As unidades básicas de saúde (UBS), ao incorporarem o modelo médico-assistencial, com ênfase no atendimento que se resume a dar uma resposta à queixa trazida pelo paciente, têm-se deparado com uma situação onde os recursos humanos e materiais são consumidos na tentativa de atender a uma demanda que, neste modelo, cada vez mais é estimulada a consumir tais serviços, configurando uma resposta distorcida ao que seria a necessidade de extensão da cobertura de serviços de saúde.

A maior efetividade das ações é vista na perspectiva de uma maior produtividade e de uma racionalidade fundamentada na ótica do planejamento baseado na relação custo/efetividade. Sobre esta questão, Merhy (1997a) comenta que esta perspectiva tem, como uma de suas conseqüências, a transformação da rede básica num espaço de triagem dos problemas de saúde, fundamentada no modelo tecnoassistencial do tipo "queixa/procedimento". Este autor chama atenção, ainda, para o fato de que, mesmo quando esta rede propicia uma assistência médica primária com um razoável grau de resolubilidade, em termos médicos, este modelo, que se dirige a atender a uma necessidade de consumo através de uma resposta medicalizante, descaracteriza a articulação da dimensão individual e coletiva do processo saúde-doença, de tal modo que, ao invés de gerar usuários autônomos, produz o oposto.

No caso da atenção à saúde da criança, fica bem evidente o modo como os usuários tornam-se dependentes dos serviços, no qual as mães se sentem incapazes de tomar condutas para lidar com seus filhos, já que devem assumir sua "ignorância" frente ao saber oficial, único que pode fornecer as orientações e tratamentos adequados. Assim, está desautorizado o saber das mães, construído a partir do instinto materno e do conhecimento adquirido do saber tradicional passado através de gerações, este último saber entendido como um conhecimento produzido na interface do conhecimento científico com o saber popular.

Quanto ao perfil epidemiológico, houve uma considerável mudança no padrão de morbimortalidade na infância e adolescência. A redução dos coeficientes de mortalidade infantil, em decorrência, principalmente, da diminuição dos óbitos por doenças infecto-contagiosas, foi observada em diferentes escalas em todo o país. Este fato colocou em evidência processos mórbidos que passaram a constituir novos problemas/necessidades de saúde. Hoje, em muitas cidades, observa-se a constituição de uma nova morbidade, que requer dos serviços de saúde estratégias diversificadas de intervenção que não se reduzem ao modelo de atendimento do tipo "queixa/procedimento". Em outros locais, entretanto, verifica-se a coexistência de um perfil de morbimortalidade nos moldes mais tradicionais, juntamente com uma gama de problemas/necessidades de saúde típicas de sociedades mais desenvolvidas. Além de fatores relacionados ao desenvolvimento tecnológico, que possibilitaram a redução da mortalidade pelas causas tradicionais, sem que houvesse uma melhora efe-

tiva nas condições de vida, a globalização da sociedade tem gerado novas necessidades de saúde, antes restritas às sociedades mais desenvolvidas.

Observa-se um deslocamento dos principais vértices do perfil de mortalidade nesta população, assumindo destaque a mortalidade no período neonatal e na adolescência, nesta última devido principalmente às mortes por causas externas: homicídios e acidentes. Enquanto nas sociedades mais desenvolvidas o resíduo de mortes neonatais se deve ao fato de não se dispor, ainda, de tecnologia adequada para tais casos, no nosso meio o padrão de mortalidade neonatal caracteriza-se pela produção de óbitos que refletem a falência da assistência pré-natal e da organização dos serviços neonatais. Exemplo disso são as sucessivas "epidemias" de mortes de bebês em berçários.

Já a mortalidade na adolescência reflete mais as condições estruturais da sociedade, onde a violência, expressa no modo como se produzem as relações sociais, gera situações de risco constantes, principalmente para o adolescente.

Em relação aos problemas/necessidades de saúde, são recentes as preocupações com condições que permitam à criança, além de sobreviver e atingir um crescimento pondo-estatural satisfatório, realizar seu potencial de desenvolvimento. O avanço no conhecimento sobre os processos de desenvolvimento da criança e do adolescente e o reconhecimento do papel que o meio ambiente e as relações sociais têm sobre esse desenvolvimento, tem levado, de um lado, a incitar a busca de novas formas de atuação para o setor saúde na atenção à saúde da criança e do adolescente e, de outro, à redução de todas estas questões à concepção medicalizante que transforma em "doença" qualquer manifestação diferente do esperado pela norma estabelecida. Como exemplo, vemos a queixa de mau rendimento escolar ser tratada como uma doença.

A busca de novas formas de intervenção na promoção e proteção da saúde da criança e do adolescente passa pela compreensão de que os determinantes desses processos estão relacionados às diferentes formas pelas quais os indivíduos interagem numa sociedade específica e, portanto, requerem propostas que extrapolam as possibilidades de atuação da área da saúde como setor isolado.

Neste sentido, devemos pensar em como articular as intervenções desejadas a partir de uma percepção do setor saúde, tendo como referencial a perspectiva intersetorial e o modelo de desenvolvimento sustentado. Entretanto, se tivermos o objetivo de colocar algo de novo, que possa trazer transformações efetivas na atenção à saúde da criança e do adolescente, teremos de dirigir nossa análise para o modo como se desenvolve o processo de trabalho como micropolítica e lugar estratégico de mudanças, ou seja, pensar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde, tendo como área de exercício as intervenções dirigidas aos problemas/necessidades de saúde da criança e do adolescente.

6. Os limites das intervenções do setor saúde

Muito se tem falado sobre a conceituação da saúde como produto da qualidade de vida, o que, conseqüentemente, implicaria entender que a produção da saúde depende das condições de moradia, transporte, educação, trabalho, lazer, cultura, meio ambiente, enfim, do acesso igualitário aos bens produzidos na sociedade. Apesar disso, as ações dirigidas à saúde continuam restritas ao setor saúde, numa concepção biologicista e organicista, marcada pelo modelo medicalizante e, portanto, de pouca eficácia. Esta aparente incoerência na atuação dos setores governamentais reflete determinações políticas coerentes com o modelo neoliberal privativista, cuja análise mais aprofundada foge à dimensão deste artigo, a qual, além do mais, vem sendo feita exaustivamente pelos teóricos na área da saúde coletiva (Campos, 1991; Merhy, 1997a e 1997b). O que interessa aqui é entender as limitações dos modelos utilizados para enfrentar os novos e velhos problemas/necessidades de saúde da criança e do adolescente, tentando discutir possibilidades diferentes de intervenção numa perspectiva que não se reduza ao setor saúde, mas que envolva diferentes setores da sociedade.

Retomando a questão da mortalidade neonatal, podemos fazer um exercício para compreensão do problema, visualizando até onde pode ir a atuação do setor saúde e, conseqüentemente, entender o quanto são limitados os resultados quando não se envolvem outros setores da sociedade.

Os altos coeficientes de mortalidade neonatal no município de São Paulo, em 1991, mobilizaram a assessoria de saúde da criança da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) a estudar a questão, no sentido de elaborar um projeto de intervenção na morbimortalidade neonatal. Foi então criado um grupo de trabalho, com representantes de todos os berçários municipais, reconhecendo-se que estes neonatologistas, por serem responsáveis pelo trabalho em suas unidades, além de dominarem as questões técnicas, estariam familiarizados com os problemas estruturais e operacionais de cada unidade. Durante quatro meses, esse grupo trabalhou em uma proposta que foi implantada à medida que as decisões eram tomadas, de modo que, quando foi elaborado o documento final, muitas das propostas de intervenção já estavam implantadas e produzindo resultados (Sucupira et alii, 1991).

Na construção do documento, verificou-se que uma questão básica inicial referia-se à organização da rede de berçários municipais públicos, caracterizada, fundamentalmente, por prestar uma assistência desarticulada, sem um mínimo de uniformidade na organização das unidades, o que dificultava a integração entre os serviços, e, ainda, sem que os profissionais envolvidos vislumbrassem objetivos e metas definidas. Foi preciso, então, reorganizar o conjunto dos serviços de neonatologia, padronizando os tipos de atendimento fornecidos em cada setor dos berçários, de modo a promover maior racio-

nalidade dos recursos alocados nas diferentes unidades e permitir uma linguagem comum que facilitasse a articulação entre os serviços.

Neste projeto, destacou-se o berçário do Hospital Tide Setúbal, na periferia do município, com um índice de mortalidade neonatal de 22 por mil nascidos vivos. A partir de um trabalho de reestruturação interna e de mobilização e reciclagem de todos os profissionais, incluindo os não-universitários, esse índice foi reduzido para 11 por mil nascidos vivos (Eduardo et alii, 1992).

Na experiência de implantação e acompanhamento desse projeto, ficou patente a falta de integração com o desenvolvimento do trabalho de melhoria das condições de assistência à gestante e ao parto, realizado na mesma secretaria. Além disso, a falta de divulgação para a população da hierarquização e regionalização do atendimento em função das disponibilidades de recursos e incorporação tecnológica fez com que o trabalho tivesse pouca repercussão educativa, no sentido de reorientar a demanda. Uma análise mais imediata dos problemas enfrentados aponta para a estrutura da secretaria, organizada em programas independentes, onde as pressões para obter o apoio dos níveis centrais e dos distritos, visando à execução de suas propostas, muitas vezes geravam climas de competição entre os programas. Na medida em que o projeto não partiu de uma necessidade sentida pelos níveis locais e foi uma proposta de uma assessoria, embora sua definição tenha sido um processo democrático e descentralizado, sua operacionalização não chegou a envolver efetivamente a gerência dos distritos onde os berçários se situavam, caminhando em função do entusiasmo dos técnicos que constatavam as melhorias nas condições de trabalho e o impacto na morbimortalidade, a cada mudança que era implantada.

Em uma reflexão sobre como esse projeto poderia ter sido diferente, deveríamos questionar o modelo de funcionamento da administração municipal e o da SMS, em particular. Numa perspectiva intersetorial, a definição pelo nível de gerência local, para a redução da morbimortalidade neonatal, como uma intervenção a ser assumida por todas as áreas da administração municipal, com a participação dos setores organizados da sociedade civil e da população, teria, com certeza, um alcance maior de resultados. Isto, principalmente, na continuidade do processo, pois, ao se criar uma consciência coletiva de que cada cidadão é responsável pelas melhorias alcançadas, se estaria favorecendo o surgimento, na população, de movimentos de resistência pela continuidade de projetos que obtivessem sucesso, independentemente da gestão política que assumisse a direção local ou do município. A participação da Secretaria da Educação no projeto, explicando e incentivando um posicionamento ativo dos usuários frente ao atendimento pré-natal, contribuiria para formar cidadãos capazes de exigir seu direito à saúde, exemplificado aqui no acesso a um pré-natal de qualidade e com garantia de assistência ao parto. A utilização da mídia para divulgação de como funcionam os serviços de saúde e quais os di-

reitos e deveres do cidadão em relação à saúde contribui para ampliar o alcance das propostas educativas na área da saúde.

Em relação aos acidentes, uma das primeiras causas de morte entre os escolares e adolescentes, a atuação da saúde é, também, bastante limitada. A redução dos acidentes está condicionada ao desenvolvimento de um trabalho educativo, que desmistifique o caráter de puro acaso das ocorrências, colocando os diversos graus de participação dos sujeitos, através de comportamentos de risco, ao mesmo tempo que mobilize ações governamentais no sentido de diminuir as situações de risco provenientes da circulação do trânsito, das condições das vias públicas, das edificações, das escolas e creches, dos locais e processos de trabalho, dos espaços de lazer. A educação no trânsito, proposta já em desenvolvimento por algumas secretarias municipais de educação, constitui uma medida importante neste processo. A utilização da mídia como poderoso meio de divulgação de esclarecimentos sobre a saúde/doença é fundamental no processo de socialização das informações sobre aspectos referentes a uma vida mais saudável. A vigilância epidemiológica, analisando as condições e tipos de acidentes, e a vigilância sanitária, ajudando a comunidade a identificar e buscar soluções para eliminar as situações de risco para acidentes e aparecimento de doenças, têm um papel importante, que envolve não somente a UBS e a comunidade, mas deve mobilizar os setores governamentais para as medidas necessárias.

As doenças respiratórias, primeira causa de mortalidade nas crianças menores de cinco anos, são outro exemplo dos limites da atuação isolada do setor saúde e da necessidade da ação intersetorial. É impossível pensar em reduzir a incidência e as complicações destas doenças sem que se disponha de assistência individual ambulatorial e hospitalar de qualidade, articulada com um conjunto de medidas que intervenham desde nas condições ambientais do domicílio até nos fatores que determinam a qualidade do ar. Isto implica decisões políticas governamentais sobre o controle do processo de produção industrial, o sistema de transporte coletivo, as escolas e creches e as construções domiciliares, de modo a reduzir os fatores que contribuem para a poluição ambiental. Além disso, são necessárias propostas de educação na rede de escolas que esclareçam sobre a responsabilidade individual e coletiva de cada um em relação aos comportamentos que podem prejudicar a qualidade do ar ou favorecer a disseminação de doenças transmitidas pelas vias respiratórias.

Nestes exemplos fica evidente a necessidade da intersetorialidade e da reorientação dos serviços de saúde, privilegiando as ações de promoção da saúde. É preciso haver mudança no modelo médico-hegemônico, com revitalização das ações de saúde pública, tendo a UBS como espaço estratégico de enfrentamento dos problemas/necessidades de saúde, com recursos tecnológicos para operar tanto no plano individual, para aliviar os sofrimentos que expressam as necessidades sentidas de saúde, quanto no plano coletivo, para

intervir nos fatores determinantes dos problemas nos indivíduos e nas populações, a partir de estratégias que articulem as intervenções nos diferentes setores da sociedade.

7. Pensando a intersetorialidade: a intervenção por projetos e o novo papel da UBS

É importante, também, questionar a lógica de organização por programas que caracteriza as secretarias de saúde. A substituição da estrutura de programas por uma proposta de intervenção através de projetos, que envolvam todos os setores governamentais, além de constituir uma estrutura mais flexível, facilita a ação intersetorial. Isto implica mudar o modo de apreender os problemas/necessidades de saúde na população, abandonando-se o enfoque fragmentado dirigido a grupos específicos da população, a partir de critérios arbitrários.

Considerando a população como um todo, os segmentos que correspondem às crianças e adolescentes, aos adultos e aos idosos caracterizam-se por experimentarem diferentes momentos de vida, com modos diferentes de viver, adoecer e morrer, determinados pela inserção social dos sujeitos concretos. Dessa forma, esses sujeitos estão expostos a situações de risco diferenciadas, geradoras de necessidades de saúde específicas.

Na proposta de intervenção por projetos, os problemas/necessidades de saúde devem ser definidos pelo conjunto dos setores governamentais, organizações não-governamentais e setores organizados da população. Para a elaboração do projeto de intervenção, constitui-se um grupo de técnicos com profissionais da academia, da administração e da sociedade civil, que terá uma função também de assessoria. Um anteprojeto deve ser, então, ampla e democraticamente discutido, para que sejam finalmente decididos os investimentos. No planejamento e execução do projeto, a cargo dos níveis locais, mantém-se, quando preciso, a assessoria do grupo de técnicos. É importante que nesta estratégia sejam objeto de avaliação a estrutura mobilizada, o processo desenvolvido e os resultados obtidos, visando a obter informações sobre o impacto produzido, o grau de satisfação da população, os custos e a relação custo/benefício. É possível pensar um novo projeto que teria como objetivo desenvolver a avaliação do projeto anterior. Na perspectiva intersetorial, esta seria uma forma dinâmica de organização dos diferentes setores em uma mesma estratégia para enfrentar problemas de saúde, que passam a ser vistos como questões sociais.

A atenção à saúde da criança em idade escolar ou do adolescente coloca, de maneira bem evidente, a necessidade de uma abordagem intersetorial e, mais ainda, permite repensar novas formas de produção dos serviços de saúde a partir das unidades básicas de saúde (UBS). Na discussão dos proble-

mas/necessidades de saúde do escolar e do adolescente, constata-se que são mais evidentes as limitações do modo tradicional como a saúde vem atuando. A natureza desses problemas/necessidades de saúde não os torna passíveis de soluções através de ações isoladas do setor saúde. Muitos problemas de saúde, relacionados principalmente ao processo de desenvolvimento (na área da visão, audição e da saúde bucal), ainda não são concebidos como necessidades de saúde por muitos contingentes da população, onde a percepção do que seja um problema de saúde ainda está limitada ao modo como se produzem os serviços de saúde. Nesta perspectiva, ações que se dirigem à prevenção de sofrimentos futuros ou que evitem os prejuízos no potencial de desenvolvimento dos indivíduos não são valorizadas como uma necessidade de saúde. As ações coletivas de saúde bucal exemplificam bem esta questão.

Torna-se necessário, portanto, repensar a atuação da UBS para além da sua função de porta de entrada do sistema de saúde, concebendo-a como uma instância que propicie uma atenção integralizada à criança e ao adolescente, respondendo às necessidades de saúde individuais dessa população, no contexto dos determinantes coletivos dessas necessidades. Amplia-se, assim, a atuação da UBS para se tornar, nas palavras de Merhy: "o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido dessas práticas" (Merhy, 1997a).

As propostas na área de saúde do escolar desenvolvidas na prefeitura municipal de São Paulo, entre 1989 e 1992, foram exemplos de atuação, nas quais a UBS ampliava seus limites de intervenção com ações extramuros, incorporando os espaços coletivos da sua área de abrangência como seu campo de responsabilidade e estabelecendo novas relações com outros setores. As ações na área de saúde ocular, com a detecção de problemas visuais e o acesso aos óculos, numa estratégia envolvendo escolas e creches, as quais, além de colaborarem na realização das atividades, utilizavam o tema da saúde ocular como mote para as discussões de saúde com as crianças, são um exemplo concreto de como se pode ensinar a saúde a partir de vivências concretas e não de simples discussões teóricas sobre questões que não sensibilizam os alunos, por serem colocadas de modo inatingível para a maioria deles (Zuccolotto et alii, 1992).

As propostas de educação em saúde, que, como já vimos, durante muito tempo consistiam na principal finalidade dos centros de saúde, com praticamente nenhum impacto nos indicadores de saúde, são retomadas aqui numa outra perspectiva. As orientações educativas efetuadas aproveitando-se o momento da consulta médica têm-se mostrado bastante inócuas. Arriscaríamos a dizer que a educação em saúde *centrada* nos serviços de saúde tem pouco impacto, sem com isso querer negar o papel que as ações de saúde desenvolvem na produção de um certo saber e prática, junto ao usuário.

O ensino de questões referentes à saúde deveria ser coordenado pela educação, área especializada em ensino e, portanto, teoricamente a mais capacitada para tal tarefa. À área da saúde cabe assessorar os professores, fornecendo informações e material para as pesquisas dos alunos em temas específicos, além de atividades complementares que serviriam de exemplos concretos de vivências de práticas de saúde.

É lamentável que, mesmo em administrações progressistas, a saúde ainda seja vista como uma atividade-meio para que a criança obtenha a higidez necessária para o bom aprendizado, e que o ensino da saúde esteja restrito à área de ciências físicas e biológicas, configurando uma concepção biologicista e organicista. Mesmo em alguns programas de ensino da saúde, onde já se assume a definição da saúde como produto da qualidade de vida, verificamos a redução das propostas curriculares a temas de higiene pessoal e alimentar ou a questões tratadas no ensino de ciências.

8. Conclusão

As discussões e críticas sobre a crise da saúde costumam apontar o problema do gerenciamento como a questão fundamental da ineficiência do setor saúde: gerenciamento visto apenas pela ótica da racionalidade fundamentada na relação custo/eficácia e visando apenas à produtividade do sistema. É importante destacar a necessidade de se investir na qualidade do gerenciamento, mas considerando, também e principalmente, a capacidade criativa de autogestão das unidades, como um espaço de experimentação de produção de novos formatos de serviços de saúde a serem oferecidos à população. É preciso que os gestores, seguindo as diretrizes políticas de governo, sejam capazes de criar novas formas de organização das práticas de saúde, definindo o modelo tecnoassistencial e estratégias diferentes para lidar com os usuários dos serviços, visando a uma participação democrática que democratize a gestão.

Nesse sentido, um olhar específico deve ser voltado para repensar o processo de trabalho dos diferentes agentes/sujeitos da unidade, com o objetivo de identificar alternativas para mudar os modos cristalizados de trabalhar em saúde, que terminam por gerar insatisfações e colocar em confronto trabalhadores e usuários. A autonomia do processo de trabalho deve ter como limite o compromisso de garantir o acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade. Por outro lado, é preciso estabelecer estratégias de discussão com a comunidade, no sentido de alterar a estrutura de necessidades de saúde e promover maior autonomia do usuário.

A UBS, como ponta do sistema de saúde e na perspectiva intersetorial de atuação, tem de estar articulada às demais instâncias governamentais, configurando uma rede de serviços voltada para objetivos comuns e tendo como um dos objetivos desenvolver mecanismos competentes de intervenção

nos problemas/necessidades de saúde, concebidos como uma questão de natureza social. Efetivamente, esta nova dinâmica tem potencialidade para reduzir os gastos públicos nos níveis secundário e terciário e, principalmente, diminuir as condições de sofrimento da população.

Isto pressupõe uma rede básica com núcleos de competência capazes de intervir nos problemas de saúde, de modo a contribuir para mudar a história sanitária do país. Obviamente, não se trata de uma questão simples, na medida em que implica decisões políticas que reduzem e subordinam a dimensão tecnológica à reorientação do papel a ser assumido pela UBS, na direção de uma atuação visando à realização de objetivos sociais e ético-políticos. E, mais ainda, pressupõe a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde, nos moldes propostos pela reforma sanitária e oficializados na Constituição de 1988, que traz profundas implicações sobre a gestão da saúde como um bem público e, portanto, um direito de cidadania, que deve ser garantido pelo Estado.

A saúde é concebida como uma questão social, que exige a participação de todas as áreas de governo a partir da definição de políticas públicas saudáveis que valorizem a questão do meio ambiente como fundamental para se alcançar a saúde (entendendo-se o meio ambiente como as condições de vida do sujeito, que incluem moradia, transporte, escola, espaços de lazer e cultura e condições de trabalho). Desta forma, assume-se que as propostas na área de atenção à saúde da criança e do adolescente, ainda que tenham origem na área da saúde, são de responsabilidade de todos as instâncias governamentais. Algumas iniciativas desta natureza vêm sendo implantadas em gestões municipais. Entretanto, em muitas delas o que se observa é a formação de grupos de trabalho, onde a participação de cada setor da administração reduz-se ao envio de representantes, sem que efetivamente a proposta de trabalho deixe de ser da área da saúde para se tornar um compromisso do governo, seja no nível local, seja no municipal.

Referências bibliográficas

Boltanski, L. *Puericultura y moral de clase*. Barcelona, Laia, 1974.

Campos, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo, Hucitec, 1991.

Eduardo, M. B. P. et alii. *A mortalidade perinatal em maternidades dos hospitais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no período de julho de 1991 a junho de 1992*. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992. (Documento Coas.)

Gonçalves, R. B. M.; Schreiber, L. B. & Nemes, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schreiber, L. B. *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 1990.

Lima, G. Z. *Saúde escolar e educação*. São Paulo, Cortez, 1985.

Merhy, E. E. Em Busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E. & Onocko, R. *Agir em saúde — um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997a.

———. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, E. E. & Onocko, R. *Agir em saúde — um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997b.

Nemes, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schreiber, L. B. *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 1990.

Novaes, H. M. D. *A puericultura em questão*. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, 1979. (Dissertação de Mestrado.)

Schreiber, L. B.; Nemes, M .I. B. & Gonçalves, R. B. M. *Saúde do adulto — programas e ações na unidade básica*. São Paulo, Hucitec, 1996.

Sucupira, A. C. S. L. *Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras*. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, 1982. (Dissertação de Mestrado.)

———. A experiência do município de São Paulo na atenção à saúde do escolar no período de 1989 a 1992. In: Conceição, J. A. N. *Saúde escolar — a criança, a vida e a escola*. São Paulo, Sarvier, 1994.

——— et alii. *Projeto de intervenção na morbimortalidade neonatal no município de São Paulo*. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1991. (Documento Coas.)

Zuccolotto, S. M. C. et alii. *Proposta de saúde ocular para crianças de 4 a 14 anos de idade*. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.