

# Aracaju: em foco o modelo “Saúde Todo Dia”. A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em debate

ALEXANDRE DE SOUZA RAMOS<sup>1</sup>

*Saúde como direito de cidadania e um sistema de saúde (o SUS) de cunho marcadamente social foram as conquistas do povo brasileiro na Constituição de 1986.*

Um processo modernizador e democratizante de transformação da saúde nos âmbitos político-operativos, que compreende a saúde como um direito universal suportado por um sistema nacional, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema – assim pode ser traduzida a Reforma Sanitária brasileira.

A reorganização do modelo de atenção e da formação em saúde fora levado à VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e traduzida na Assembléia Constituinte, no capítulo da Saúde na Constituição Federal (1988), Art. 196 a 200, e posteriormente apresentado nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90).

O setor saúde e toda assistência prestada, que estavam orientados por políticas econômicas e de reformas macroestruturais, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assumem um novo rumo, baseado em princípios ideológicos fundadores (universalidade, equidade e integralidade), que vêm proporcionar novas articulações tecnológicas, não só às ações, como a toda rede de saúde constituída.

---

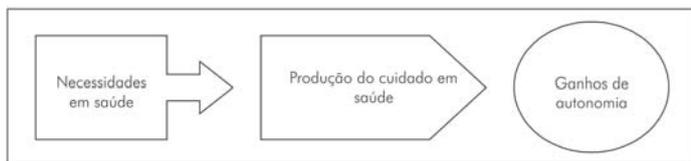
<sup>1</sup> Enfermeiro, Residente em Saúde Coletiva, Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, Universidade Federal de Sergipe (UFS).  
Endereço eletrônico: [alexandreupe@yahoo.com.br](mailto:alexandreupe@yahoo.com.br)

Campos (1991), desde o início da década de 90, já afirmava que o sucesso da Reforma Sanitária brasileira era fato condicionado à política, e que competia ao Estado a gestão das políticas públicas, sua ordenação enquanto proposta a ser efetivada para um novo modo de vida e de atenção à saúde.

Sendo assim, a gestão do SUS é um instrumento estratégico, segundo Merhy (1992), quando se propõe a compreender formação da saúde pública como política governamental e toma como centro a dimensão assistencial, sem desconsiderar a dimensão tecnológica. Esclarece, ainda, que é através da primeira que se podem captar as questões referentes à forma de organização da produção dos serviços e à sua concretização enquanto instituições específicas.

*A experiência de Aracaju mostra como é possível materializar o SUS e ainda traduz realmente o significado da expressão em “Defesa da Vida”*

Em Aracaju/SE, em 2001, com o início do governo democrático e popular sob a liderança do prefeito Marcelo Déda Chagas, do Partido dos Trabalhadores, tendo à frente da Secretaria Municipal de Saúde o médico sanitarista Rogério Carvalho Santos, vem a incumbência de implementar o SUS em sua radical essência universalista, equânime e integral, sob o efetivo controle social, através da implantação do modelo tecnoassistencial intitulado “Saúde Todo Dia”. Este pode ser caracterizado pela organização e produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes da área de saúde e projetos de construção de ações sociais específicas, expressas como políticas que asseguram sua reprodução social, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, tendo como objeto central para essa ação as necessidades de saúde dos indivíduos e dos coletivos.



Fonte: Memorial Saúde Todo Dia; Secretaria Municipal de Saúde, set. 2003.

O trabalho em saúde se materializa através do processo de produção de relações entre os cuidadores e o usuário final, que, com suas necessi-

dades particulares de saúde, dá aos profissionais a oportunidade de tornar públicas suas distintas intencionalidades no cuidado da saúde, tornando-se responsáveis pelos resultados da ação cuidadora. Todos os trabalhadores de saúde de alguma maneira são cuidadores e desenvolvem essa tecnologia de construção de vínculos, de oferecer ao usuário em alguma medida os cuidados e a atenção de que ele necessita.

Entende-se assim o trabalho em saúde 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, do usuário que tem necessidades, de um lado, e trabalhador que reconhece essas necessidades, de outro, caracteriza-se o processo onde há, de forma reiterada, acolhimento de necessidades, compreensão e significação dessas necessidades a partir dos saberes da saúde que vão permitir ao profissional produzir intervenções continuadas (vínculo) e co-responsabilização pelo resultado dessas intervenções. Isso pode ser traduzido pela articulação entre a teoria e a política do Projeto Saúde Todo Dia, representando também seus eixos norteadores, desenvolvidos quando da implementação enquanto modelo tecnoassistencial.

TEORIA	POLÍTICA
<b>Acesso</b>	Investimentos na Rede Assistencial para ampliação de oferta. Investimento em controle social, com a constituição de Conselhos Locais de Saúde e pactuação na Conferência Municipal da política a ser implementada.
<b>Acolhimento</b>	Capacitação dos profissionais, para qualificar as necessidades a partir da manifestação de sua dimensão ponderável e imponderável. Espaço com conforto físico e estético Organização da agenda com ofertas programadas e espaço para atender às necessidades não-programáveis. Todos os serviços devem ser capazes de fazer a inclusão do usuário na oferta mais adequada.
<b>Compreensão/ Significação/ Intervenção</b>	Desenvolvimento de pessoal com capacitação para mudança do paradigma das profissões de saúde. Identificação de grupos e condições de risco. Programas e protocolos para cada tipo de risco com organização de linhas de cuidado específicas. Projeto terapêutico singulares, ou seja, oferecido para as situações específicas de cada usuário.
<b>Vinculação Responsabilização</b>	Adscrição de clientela às equipes. Gestão Plena do Sistema com desenvolvimento de instrumentos de gestão eficazes. Complexo regulatório/ sistema responsável com capacidade de gerenciar todos os recursos disponíveis e garantir acesso mediante necessidade, promovendo equidade.
<b>Resolutividade</b>	Complementaridade das ações, redes com interação lateral. Adensamento tecnológico para otimização dos recursos existentes, não-competitividade da rede prestadora, incentivo ao desenvolvimento da vocação dos serviços com vistas a excelência. <b>Linhas de Produção do Cuidado</b> – linhas imaginárias e dependentes de cada usuário. Universal, porque permite que qualquer problema seja abordado. Organização dos recursos existentes em matriz produtiva que inclui os usuários, a partir de suas necessidades e não o contrário.

Fonte: Rogério Carvalho Santos, Painel “Construção da Equidade: desafios contemporâneos do SUS”, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - Brasília/DF, 2 de agosto de 2003.

Entretanto, um dos pontos de estrangulamento da saúde identificados em Aracaju foi a insuficiência de quadros com formação na área da Saúde Coletiva para assumir a implantação do projeto em vários níveis do sistema. Associada a essa necessidade, existe uma demanda originária do movimento estudantil de medicina, por um espaço de pós-graduação, sob a forma de residência na área da Saúde Coletiva, onde pudessem ser vivenciadas experiências de implantação do SUS. Inclui-se na proposta pedagógica a experiência de processos de trabalho multiprofissionais e interdisciplinares, determinantes concretos para o coletivo dirigente municipal, optar por materializar um processo de formação que respondesse a essas necessidades.

*O desafio da formação profissional para a saúde busca estratégias capazes de acompanhar os avanços dos saberes tecnológicos, da legislação e das experiências municipais e estaduais que têm contribuído para implantação e consolidação do SUS.*

A X Conferência Nacional de Saúde (1996) e a XI Conferência Nacional de Saúde (2000) contribuíram para a produção de um documento referencial de princípios e diretrizes para a política de recursos humanos para a área da saúde, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/RH (2002). Na XII Conferência Nacional de Saúde (2003), essa Norma permitiu indicar que a formulação de uma política de formação para os profissionais de saúde deveria ser desenvolvida através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de discutir e implementar mudanças no processo de ensino na pós-graduação (especialização/residência), com financiamento público e a participação do controle social, para constituir em nível estadual e nacional um sistema coordenado pelo SUS responsável pela distribuição de bolsas e programas de residência, segundo a formulação de política específica, considerando a necessidade dos municípios, apresentando uma proposta de destinação de vagas de acordo com as necessidades de saúde da população e critérios epidemiológicos.

Passados os primeiros dois anos de gestão em Aracaju, obtida a condição de Gestor Pleno do Sistema, já determinadas suas redes assistenciais – 1) Rede de Atenção à Saúde Família; 2) Rede de Atenção Psicossocial; 3) Rede de Urgência e Emergência; 4) Rede de

Atenção Especializada; 5) Rede de Média e Alta Complexidade Hospitalar –, observando-se a conjuntura do cenário nacional, o município torna-se verdadeiramente um lócus singular para a formação de novos trabalhadores para o SUS.

E nessa condição ele organiza, através de seu Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), um espaço de pós-graduação sob a forma de Residência na área da Saúde Coletiva, onde se poderia vivenciar a experiência de implementação do SUS, incluindo em sua proposta pedagógica processos de trabalho multiprofissionais e interdisciplinares.

O projeto político pedagógico tem por objetivo formar sujeitos com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de determinada população, com habilidades, conhecimentos e atitudes para elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia, apropriados de uma pedagogia que os permitam ser sujeitos da construção de saberes de modo permanente. As 25 vagas do programa foram ocupadas, entendendo especificidades de campo e núcleo, pelas profissões: enfermagem, medicina, odontologia, psicologia e serviço social.

*A pedagogia do fator de exposição e o território de aprendizagem para residentes – problematizando uma trama chamada “Saúde Todo Dia”*

Uma rede é uma trama, e na saúde essa trama é constituída por equipamentos assistenciais ligados entre si por suas características tecnológicas, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por abordar um elenco de necessidades semelhantes.

A articulação entre as diversas redes assistenciais é representada pela existência de linhas de produção do cuidado. As linhas de 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 conforma uma linha de cuidado singular. O método pedagógico fundamenta-se na exposição dos educandos às necessidades de saúde dos usuários que acessam os serviços da rede municipal, bem como a compreensão do objeto de intervenção de cada equipamento que compõe a rede.

Os educadores e o processo de trabalho são os mediadores; assim, os momentos de teorização, as Unidades de Produção Pedagógica (necessidades de saúde, sujeito e saúde, trabalho em saúde, território e espaços de produção social, construção das linhas de cuidado, cuidado individual e coletivo, coletivos em gestão, a organização dos serviços de saúde para a produção da integralidade do cuidado: serviços de saúde, estabelecimentos e equipamentos assistenciais, educação permanente, planejamento e gestão, epidemiologia e ciências sociais), educação viva em ato, buscam como produto final construir habilidades e competências, com agregação de novos saberes à sua caixa de ferramentas. Permite-se assim ao educando ampliar as possibilidades de intervenção no campo da Saúde Coletiva, com consciência ética da intencionalidade das ações e capacidade de leitura crítica das práticas sociais.

A estrutura de organização para os territórios de exposição como espaços pedagógicos permanentes, onde ação/intervenção surge como resposta às necessidades de saúde, objeto de reflexão e estímulo à construção e operação de saberes, está distribuída no quadro abaixo:

<b>Território de Exposição</b>	<b>Duração (horas)</b>
Unidade Básica de Saúde - Cuidado	1.408
Gestão da Atenção Básica	528
Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação - NUCAAR	528
Vigilância à Saúde e Sistema de Informação	528
Gestão do Sistema de Saúde	352
Estágio Optativo	528
<b>Total</b>	<b>3.872</b>

Fonte: PPP Especialização Integrada em Saúde Coletiva, Aracaju, 2005.

*O resultado de um processo em ação é sempre uma reação de mesma intensidade, mas não necessariamente em sentido contrário. Caminbemos na luta pelo SUS e na Defesa da Vida!*

A metodologia problematizadora e participativa considera os saberes acumulados pelo residente, articulando teoria e prática. A avaliação do processo de formação é contínua e o residente tem o papel ativo no planejamento e gestão do modelo pedagógico.

Neste sentido, o processo pedagógico é então produtor de sujeitos e garante a vinculação, responsabilização e compromisso do residente nos diversos espaços de sua inserção, para preparar o residen-

te para a construção da própria autonomia e dar continuidade ao seu processo de formação, sendo capaz de identificar e buscar os saberes a serem agregados mediante situações-problemas da realidade.

O desafio se concretiza verdadeiramente no sentido de continuar construindo espaços que permitam aos educandos o encontro e a descoberta de suas singularidades, e que estes se somem à luta cotidiana pela vida, lembrando Davi Capistrano, *nosso débito é grande com os desassistidos deste país, e eles têm pressa!*

## Referências

- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. *Memorial do Projeto Saúde Todo Dia*. Aracaju: SMS, 2003.
- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação Permanente na Saúde. *Projeto Político Pedagógico: Especialização Integrada em Saúde Coletiva*. Aracaju: SMS, 2004.
- ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação Permanente na Saúde. *Projeto Político Pedagógico: Especialização Integrada em Saúde Coletiva - Modalidade Residência*. Aracaju: SMS, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. Onde dá SUS, dá certo! *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- MERHY, E. E. *A saúde pública como política*. um estudo sobre formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.