

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Memórias da Saúde da Família no Brasil

2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

MEMÓRIAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Série I. História da Saúde no Brasil

Brasília - DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>

Tiragem: 1ª edição – 35.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Setor de Administração Federal Sul – SAF/Sul, Quadra 2, Lotes 5 e 6, Bloco II – Subsolo

CEP: 70.070-600 – Brasília – DF

Fone: (61)3306.8090

E-mail: dab@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão geral:

Claunara Schilling

Coordenação Geral e Supervisão Técnica:

Elisabeth Susana Wartchow

Coordenação Gráfica:

Antonio Sérgio de Freitas Ferreira

Renata Ribeiro Sampaio

Elaboração de texto:

Adib Jatene

Ana Estela Haddad

Andy Haines

Antônio Carlile Olanda Lavor

Carlos Grossman

Claunara Schilling Mendonça

Flávio Goulart

Francisco Eduardo de Campos

Halim Antonio Girade

Heloísa Machado de Souza

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Luis Fernando Rolim Sampaio

Luis Odorico Monteiro de Andrade

Luis Pisco

Maria de Fátima de Sousa

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Samuel Jorge Moysés

Vinícius de Araújo Oliveira

Revisão:

Ana Paula Reis

Colaboração:

Tiago Santos de Souza

Iracema Benevides

Colaboração técnica:

Aline Azevedo da Silva

Celina Marcia Passos de Cerqueira e Silva

Capa e Projeto Gráfico:

Antonio Ferreira

Adaptações:

Stúdio de Criação Art Mix

Fotografias:

Radilson Carlos Gomes

Normalização:

Aline Santos Jacob

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de
Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

Nota. As imagens utilizadas foram cedidas pela Coordenação do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil do
Ministério da Saúde.

ISBN: 978-85-334-1755-7

1. Saúde da Família. 2. Educação em Saúde. 3. História da Saúde. I. Título. II. Série

CDU 613.9-055

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 0452/2010

Títulos para indexação:

Em inglês: Memories of Family Health in Brazil

Em espanhol: Memorias de la Salud de la Familia en Brasil

Sumário

APRESENTAÇÃO	7
MEMÓRIAS	9
Desenvolvimento da saúde da família no Brasil	10
O agente comunitário: um novo profissional da saúde	16
Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil	20
Saúde da Família no Brasil: do programa a política	26
Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil	30
Saúde é mudança!	36
A nova cara da saúde no Brasil – a medicina de família e comunidade	40
Mais uma história de mineiro	46
Da reflexão crítica no movimento estudantil à participação na construção da estratégia saúde da família	52
Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política	58
O BRASIL VISTO DE FORA!	111
Programa Saúde da Família (PSF) do Brasil – uma perspectiva pessoal de um programa de marco	112
A Saúde da Família vista do outro lado do Atlântico	116
DESAFIOS	123
O desafio dos processos e do mercado de trabalho na APS – o desafio da formação e da qualificação	124
Um olhar para o futuro – perspectivas e desafios	134





Apresentação





SUS
Sistema Único de Saúde

O Programa Saúde da Família nasce, em dezembro de 1993, fundamentado em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no País. Surge como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes.

Dezessete anos depois, a história nos mostra que a decisão do Ministério da Saúde de investir nesse caminho foi acertada. Inicialmente um programa financiado por transferências convencionais de recursos, temos hoje uma estratégia de abrangência nacional em todos os Estados da federação e quase 100% dos municípios. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde.

O caminho até aqui não foi fácil e os desafios ainda são muitos, mas o trabalho desenvolvido por 238 mil agentes comunitários de saúde, 31 mil equipes de Saúde da Família e 19 mil equipes de Saúde Bucal, atuantes em todo o território nacional, com o apoio dos gestores locais, estaduais e federal, alcançou conquistas como a ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, promoção da equidade e melhoria de indicadores de saúde.

É com imenso prazer que apresento A Trajetória da Saúde da Família no Brasil, um trabalho de resgate da memória dessa estratégia que mudou definitivamente o panorama do sistema de saúde brasileiro. É também um presente a todos que participam desta caminhada e fazem dessa empreitada uma jornada vitoriosa.

Boa leitura!

Ministério da Saúde





Memórias

Desenvolvimento da saúde da família no Brasil



Minha inclusão no capítulo da Atenção Básica de Saúde iniciou-se em 1979, quando, na condição de diretor do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, órgão da administração centralizada da Secretaria Estadual da Saúde, fui indicado para exercer o cargo de Secretário Estadual da Saúde.

No ano anterior, na Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, tinha sido criado o *slogan*: “Saúde para todos no ano 2000”, dando ênfase à Atenção Primária à Saúde, que deveria prevalecer sobre o atendimento hospitalar.

Havia na cidade de São Paulo, em suas áreas periféricas mais carentes, um forte movimento popular, coordenado pelas comunidades eclesiais de base, cujo objetivo era conseguir atendimento às reivindicações da população no tocante aos problemas de saúde mais elementares, como a existência de centros de saúde que garantissem a vacinação das crianças da área. A zona leste da cidade era a que exibia maior organização, com o chamado “Movimento de saúde da zona leste”. Tinha atuação marcante tanto dos médicos sanitaristas da Secretaria quanto das autoridades religiosas, comandadas por D. Angélico Sândalo, bispo auxiliar, encarregado dessa área da cidade.

Compareci como Secretário a muitas assembleias populares nessa e em outras áreas da cidade, comprovando a ausência em extensas áreas do mínimo para o atendimento, pelo menos, básico da população.

Esse contato, por vezes conflituoso, com a população, que, além das assembleias nos bairros, dirigia-se frequentemente, por ônibus fretados, à sede da Secretaria, onde eram invariavelmente recebidos pelo Secretário, ensinou-me a verdadeira situação de carência que verbalizei com algumas frases como: “O problema do pobre não é ele ser pobre, mas o de que seus amigos também são pobres”, ou “Só tem assistência quem puder chegar ao posto de atendimento com seu próprio meio de locomoção, o que para a maioria da população quer dizer ‘a pé’”, ou ainda “Política não é a arte do possível, mas a arte de tornar possível o necessário”.

Levantar o necessário obrigou a Secretaria a realizar planejamento abrangente, que, só para a área metropolitana, resultou na proposta de 490 centros de saúde e 40 hospitais.

Na proposta dos centros de saúde, prevíamos a contratação do que na época se chamavam educadoras sanitárias, que deveriam ser recrutadas no seio da população abrangida pelo centro de saúde, cada uma controlando cerca de

¹ Diretor Geral do Hospital do Coração - São Paulo - Professor Emérito da Faculdade de Medicina de São Paulo - FMUSP - Coordenador da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas -SESu/



1.000 pessoas. Essa pauta específica não pôde ser cumprida, pois a política de pessoal exigia concurso público, que resultaria em pessoal com credenciais muito superiores ao que se pretendia, e com pessoas que não moravam na área, sendo, portanto, inadequada.

O programa chamado Plano Metropolitano de Saúde foi parcialmente financiado pelo Banco Mundial, que, pela primeira vez em sua história, apoiava um projeto de saúde em região metropolitana.

Em nossa gestão de 38 meses, conseguimos construir, associados à Prefeitura de São Paulo, perto de 100 unidades básicas, mas que não contavam com visitadoras. Apenas no Vale do Ribeira tivemos sucesso em implantar um programa de agentes de saúde, que persiste até nossos dias.

Depois que deixei a Secretaria, continuei acompanhando as ações de saúde a distância. Sobreveio a Constituição de 1988, considerando saúde como direito do cidadão e dever do Estado, mas implantando um sistema misto, já que a atividade foi considerada livre à iniciativa privada. Esta se organizou baseada no sistema de pré-pagamento, que vinha dos anos 60.

O sistema público foi considerado como único, o SUS, com comando exclusivo em cada esfera de governo e baseado na descentralização, com participação social. Ele se organizou com fundo e conferências nacionais, estaduais e municipais, e com comissões intergestoras bipartite e tripartite.

Apartir de 1990, na gestão Alcení Guerra, começou a se estruturar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que herdei nos oito meses, em 1992, quando, pela primeira vez, ocupei o Ministério. Nesse curto período, foi possível realizar a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que consagrou a descentralização que foi deflagrada na gestão de Jamil Haddad por Gilson Carvalho, que ocupava a Secretaria de Assistência à Saúde, que começou a implantar tipos de gestão municipal, desde a incipiente, o parcial, até a semiplena.

O Ministro Haddad foi substituído pelo Ministro Henrique Santillo, iniciando a implantação do médico de Família, que não tinha vínculo com os agentes comunitários, os quais tiveram participação importante na contenção da epidemia de cólera.

Quando cheguei ao Ministério, em 1995, pela segunda vez, uma das primeiras audiências foi com as enfermeiras Heloisa Machado e Maria de Fátima Souza. Elas me apresentaram a proposta de criação do Programa de Saúde da Família, com a vinculação de cada cinco ou seis agentes a um médico, uma enfermeira e um ou dois auxiliares de enfermagem, que atuavam em um posto de saúde. Cada agente cuidava de 100 a 200 famílias, as

quais participavam do processo de seleção do agente, que passava a cadastrar a população daquele núcleo e visitar mensalmente cada família, servindo de intermediário no atendimento do posto com os demais membros da equipe, restabelecendo duas características para o atendimento médico, que era o vínculo e a responsabilidade de quem atende para com quem é atendido.

A proposta coincidia com o que eu pretendia implantar quando Secretário e não consegui por causa da exigência do concurso público. Tinha claro na minha mente que o agente comunitário não era um funcionário público, mas um funcionário da população e escolhido com a participação daquele núcleo de famílias em cuja casa ele penetraria todo mês.

Acolhi prontamente a proposta que me fizeram e, mais que acolher, trouxe o programa para o gabinete, permitindo franco acesso dos gestores do programa ao Ministro.

Talvez tenha sido esta a maior contribuição que pude dar quando Ministro. O programa, apesar das limitações, progrediu.

Consegui conquistar o apoio da então primeira-dama, Ruth Cardoso, que acompanhou a inauguração de um pequeno posto para duas equipes na periferia de Camaragibe, o que nos valeu o apoio do próprio Presidente, que recebeu em Natal um grupo de agentes para um café da manhã, injetando no programa um estímulo que foi acolhido por todos com grande alegria.

A implantação progressiva foi feita com todo o cuidado, para não descaracterizar o programa.

Restava convencer as pessoas de que o programa era fundamental para a periferia das áreas metropolitanas. Em Porto Alegre, o Dr. Grossman já mantinha há vários anos um programa semelhante, com grande sucesso.

Tentei implantá-lo em São Paulo, mas o prefeito da época estava envolvido com o projeto chamado PAS e não aceitou participar. Por isso procurei o Governador Mário Covas e o Secretário José da Silva Guedes, que concordaram em implantar um módulo em Itaquera, administrado pelas Irmãs do Hospital Santa Marcelina, que ele chamou de QUALIS. Contamos com a colaboração da Dra. Rosa, admitida na gestão Santillo como médica de Família e que atuava na área desde quando eu ocupara a Secretaria da Saúde. O módulo era composto por cerca de 40.000 pessoas. Após cadastramento e verificação das doenças preexistentes, descobriu-se que as gestantes conseguiam, na média, menos de duas consultas de pré-natal. A Secretaria tinha cadastrado sete tuberculosos e os agentes descobriram 62.

Depois que deixei o Ministério e utilizando a Fundação Zerbini, do InCor, administramos dois módulos: um na Vila Nova Cachoeirinha, na zona norte, com 19 equipes, e outro na região de Sapopemba, com 33 equipes. Conseguimos a colaboração de Davi Capistrano Filho, que coordenou a implantação desses módulos e trouxe pessoas experientes que tinham trabalhado com ele quando Prefeito de Santos, permitindo introduzir acréscimos no Programa. Em todas as unidades havia serviço odontológico. Em cada módulo, criou-se um ambulatório de especialidade, com 12 especialistas em cada um, para dar cobertura aos agentes comunitários. Foi criada uma Casa de Parto, para onde a gestante ia a partir do sexto mês de gravidez, para ser preparada para o parto normal. O pré-natal, com seis a sete consultas, selecionava os casos com gravidez de alto risco que seriam encaminhados ao hospital. Infelizmente, o Conselho Regional de Medicina, que era presidido por um obstetra, proibiu os médicos do programa de encaminhar gestantes para a Casa de Parto. Em que pese a proibição, em mais de 3.000 partos feitos apenas por obstetizes, não houve nenhum óbito materno. Pouco mais de 300 casos foram encaminhados para atendimento hospitalar.

Igualmente foi implantado, nesses dois módulos, atendimento para distúrbios mentais e, em Sapopemba, implantou-se fisioterapia e fonoaudiologia.

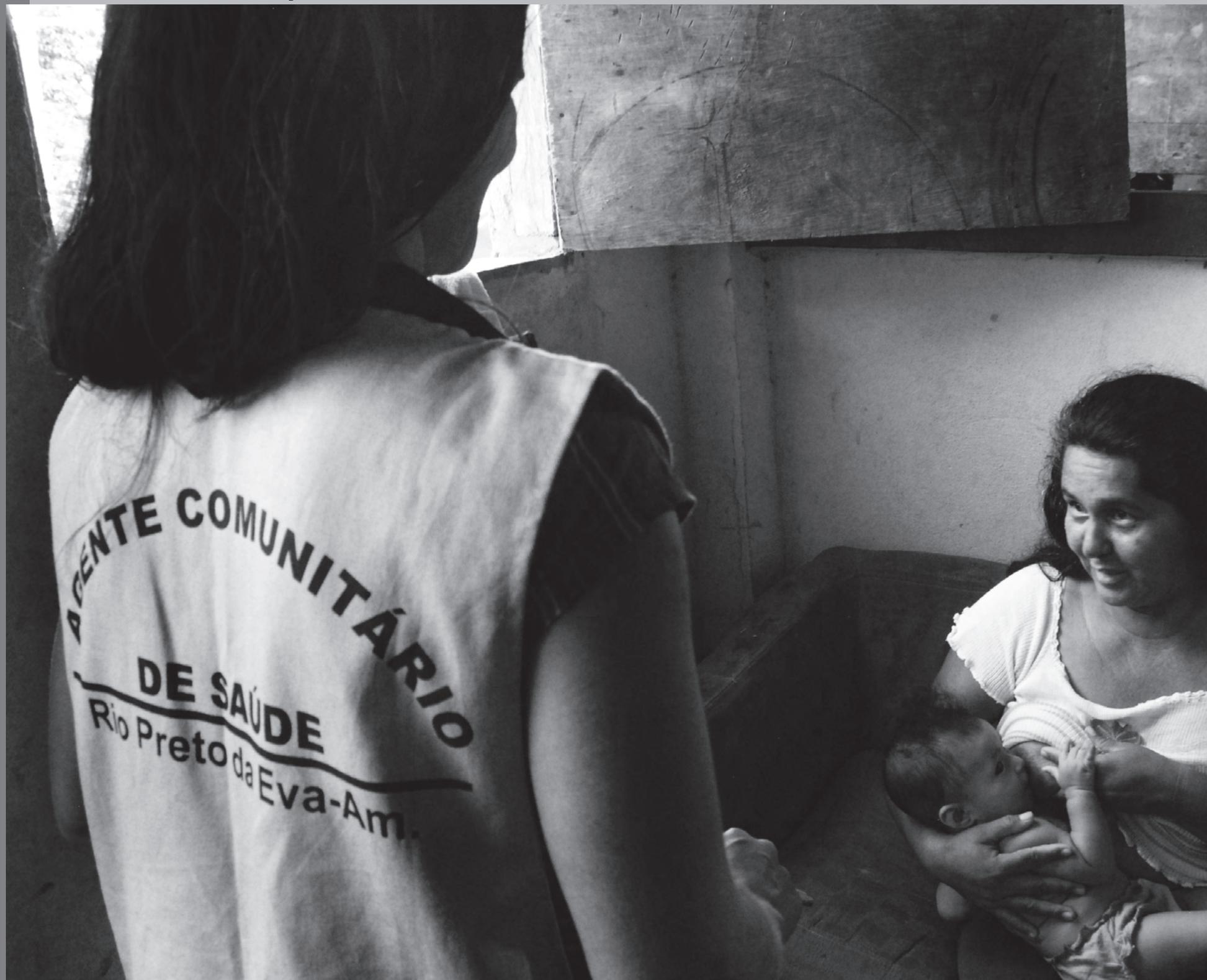
Quando deixamos o Ministério, já estavam implantadas pouco mais de 2.000 equipes de Saúde da Família e perto de 60 mil agentes.

Foi confortador verificar a aprovação dos que nos sucederam com forte ampliação do programa, presente hoje em mais de 4.000 municípios brasileiros e conquistando áreas metropolitanas em todo o País.

Infelizmente, as limitações financeiras não têm permitido dobrar o número de equipes, que já ultrapassou 20.000, o que criaria a porta de acesso a cuidados de toda a população.



O agente comunitário: um novo profissional da saúde





Na Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (UISS), da Universidade de Brasília (UnB), tivemos a oportunidade de nos dedicar ao estudo da patologia da população pobre. As doenças e os óbitos das crianças chamavam a nossa atenção. No laboratório de microbiologia, na patologia e nas sessões clínicas, acompanhávamos os esforços para tratar os pequenos pacientes, que evoluíam da desnutrição, associada às parasitoses e às repetidas infecções, para a septicemia e o óbito. A prevenção daqueles casos exigia ação junto às famílias, que estava fora do alcance do trabalho do médico e do enfermeiro, concentrados na unidade.

O Serviço Social mostrou-se hábil no trabalho com os pais e as mães ao promover a limpeza da cidade e, noutra ação importante, ao mobilizá-los para o acesso de todas as casas ao sistema de esgoto. A rede, que há tempos estava construída, atendia apenas uma pequena parcela da comunidade.

Uma experiência bem estruturada foi desenvolvida na cidade satélite de Planaltina, que possuía a maior área rural do DF, a sua população apresentava condições socio sanitárias mais difíceis, e também era atendida na UISS. Essa cidade satélite dispunha de um centro de saúde, dirigido pelo Dr. Átila Carvalho, e um Centro de Desenvolvimento Social, coordenado pela assistente social Miria Lavor, que participava das atividades em Sobradinho.

O trabalho foi coordenado pelo Prof. Frederico Simões Barbosa, da UnB, e contava com o apoio da Universidade, das Secretarias de Serviço Social e de Saúde do Distrito Federal, do FUNRURAL e das Fundações Kellog e Interamericana. Os auxiliares de saúde, embriões dos futuros agentes comunitários de saúde, foram capacitados pelo Serviço Social para as atividades junto às famílias. Com os médicos e enfermeiros, aprenderam os conhecimentos de saúde, dirigidos principalmente para as mães e as crianças, que passaram a frequentar regularmente os serviços de pré-natal e puericultura. O afluxo de crianças à emergência hospitalar diminuiu muito, e caiu a mortalidade infantil. Esse trabalho foi realizado de 1974 a 1978.

De 1979 a 1986, Miria e eu, de volta ao Ceará, adaptamos o trabalho do auxiliar de saúde para as condições do sertão na região de Iguatu, especialmente em nossa cidade natal, Jucás. Em 1987, ao implantarmos o SUDS no Estado, contratamos, durante um ano, seis mil mulheres entre

¹ Nascido em 1940 em Jucás-Ce, médico, passou da microbiologia para a saúde pública, trabalhou no Instituto de Medicina Preventiva da U. F. Ceará e na Universidade de Brasília - UnB, onde participou da criação do Agente Comunitário de Saúde, desenvolvido posteriormente na S. Saúde do Ceará e adotado pelo Ministério da Saúde.

as mais pobres para trabalharem como agentes de saúde, novo nome para aquelas auxiliares. O sucesso na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava em anos de seca como aquele de 1987, tornou permanente o programa emergencial.

As avaliações coordenadas pelos professores Cecilia Minayo e César Victora e as observações do próprio Ministério da Saúde levaram este a adotar o programa para os demais Estados nordestinos em 1991 e, posteriormente, para todo o País. Os agentes são novamente rebatizados e constituem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Ao levar as mães para os serviços de pré-natal e de puericultura, vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso do soro oral, o agente comunitário de saúde (ACS) fez cair, em todo o Brasil, a mortalidade infantil após a primeira semana de vida. Assim, cresceu o planejamento familiar, e muitos leitos pediátricos dos hospitais foram transformados para o atendimento aos adultos. Foram essenciais para esse sucesso o fortalecimento da democracia, a vitória sobre a inflação, a previdência rural, a elevação do salário mínimo, o aumento da escolarização e a própria Estratégia Saúde da Família.

Como observa a professora Judith Tendler, a criatividade do ACS na mobilização das famílias para a promoção da saúde não está no cumprimento mecânico de suas tarefas, mas no compromisso com o trabalho que o desafia. Este é facilitado pela sua convivência com as famílias que acompanha, com as quais compartilha a mesma cultura e as mesmas dificuldades.

A característica especial do ACS é sua facilidade de comunicação com as famílias para que se mobilizem para a promoção da saúde. Por essa especificidade, foi reconhecido por lei, em 2002, como nova categoria profissional da saúde. Em 2003/2004 seu curso técnico foi estabelecido para ser realizado em três etapas. Os 200 mil ACS realizaram a primeira etapa e estão à espera da conclusão.

As duas etapas restantes prepararão os agentes para a nova agenda da saúde do Brasil: saúde bucal, doenças infecciosas emergentes, abuso do álcool e demais drogas, a violência e as doenças provocadas por causas externas e as doenças degenerativas da crescente população idosa.

À medida que se acumulam os conhecimentos das causas e da evolução das doenças, crescem as possibilidades da promoção da saúde e aumenta a importância do ACS. Ele leva aquelas informações às famílias e, mais do que isso, dialoga com elas, aproximando-as do serviço de saúde.

Os agentes comunitários de saúde não seguem protocolos fixos, necessitam criar

formas novas de ação para alcançar os seus objetivos. Enfrentam diferentes tipos de problemas: culturais, religiosos, educativos, econômicos, mas conseguem trabalhá-los pacientemente no dia a dia.

O curso técnico dos ACS tem dois componentes essenciais: primeiro, o fortalecimento de suas características específicas (diálogo interpessoal, laços com a comunidade e com o serviço de saúde, autoestima e criatividade); e segundo, a ampliação dos conhecimentos sanitários direcionados à promoção da saúde.

A formação dos ACS é tão importante para a Estratégia Saúde da Família quanto o é a especialização dos demais profissionais para o atendimento na unidade de saúde. Muitos estudos ainda serão necessários para que tenhamos uma equipe de Saúde da Família de melhor qualidade.

Em 2007 e 2008, apoiamos com a Miria a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, em Angola.

Referências

PARANAGUÁ SANTANA, J. F. N. **Estudo sobre a atenção à saúde infantil no Projeto Planaltina. 1980.** Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade de Brasília, Brasília, 1980.

SIMÕES BARBOSA, F. et al. Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição. **Educacion Médica y Salud**, United States, v. 2, n. 1, 1977.

MINAYO, M. C. S.; DELIA, J. C.; SVITONE, E. **Agentes de Saúde do Ceará.** Fortaleza: Unicef, 1990.

VICTORA, C. et al. **Pesquisas de saúde materno-infantil do Ceará.** Relatórios. Unicef/Secretaria de Saúde do Ceará, 1987 / 1990.

TENDLER, J. **Good government in the tropics.** United States: The John Hopkins University Press, 1997. Tradução: ENAP – Escola Nacional de Administração Pública. Brasília, 1998.



Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil





Indignação pela falta de acesso da população ao sistema de saúde. Assim nasceu o Programa Saúde da Família (PSF). O Programa Saúde da Família nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. Essa também foi a mesma razão da existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991.

Final de agosto de 1993. Eu já era Oficial de Programas do Unicef e trabalhava em Recife. Fui chamado pelo Dr. Henrique Santillo, que assumiria o Ministério da Saúde (MS) nas próximas semanas, para discutir o que fazer para o fortalecimento do SUS e ser seu assessor especial. Para o futuro Ministro, a minha presença poderia contribuir, já que era uma pessoa de sua confiança, por ter sido o seu Secretário de Saúde do Estado de Goiás e o primeiro coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Isto é, conhecia o funcionamento do Ministério da Saúde.

As primeiras conversas sobre o que poderia vir a ser o Programa Saúde da Família aconteceram em agosto de 1993, algumas semanas antes de o Dr. Henrique Santillo assumir o Ministério da Saúde, em sua residência, em uma chácara no Bairro Jaiara, em Anápolis/GO. Sempre conversávamos sobre as políticas públicas existentes e as que possivelmente poderiam ser implantadas no Sistema de Saúde do Brasil. Entre elas, a Saúde da Família e o pioneiro repasse financeiro do fundo nacional aos fundos municipais de saúde.

Articulação política e formulação dos princípios da Saúde da Família. Fiquei com a responsabilidade de formular a proposta técnica do que viria a ser o Programa Saúde da Família e a articulação política dentro e fora do Ministério da Saúde, para viabilizar a proposta de levar a atenção primária às famílias. Sabia que deveria aproveitar as experiências brasileiras que existiam e tentar elaborar uma estratégia totalmente nova e original que contemplasse os agentes comunitários de saúde e que levasse atenção à saúde de qualidade às comunidades. Eu mesmo sempre tinha sido médico de Família em comunidades carentes, tanto em Planaltina quanto em Mambaí, cidades de Goiás. Agora, era uma oportunidade única e um sonho antigo se realizando.

A existência dos agentes comunitários de saúde foi fundamental para o PSF. Nenhum programa do mundo tinha o que considerávamos um enorme ganho já de saída, que era a existência do PACS, implantado em 1991 e que

¹ Médico formado pela Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto e coordenador do Escritório do Unicef em Manaus.

se mostrou ser o maior programa de Atenção Primária à Saúde no Brasil, o de maior capilaridade e o que, hoje, abrange mais de 220 mil ACS e cerca de 100 milhões de pessoas. A existência do PACS facilitaria a implantação da Saúde da Família como um modelo totalmente brasileiro.

Porto Alegre, São Paulo, Niterói, Recife, Cotia/SP, Planaltina/GO e Mambáí/GO me inspiraram a construir os princípios do PSF. O médico de Família e comunidades Carlos Grossman tinha um serviço de atenção às famílias, na periferia de Porto Alegre, por meio do Grupo Hospitalar Conceição, que também me inspirou. Visitei o projeto. O impacto social era muito bom. Essa experiência, juntamente com o que me informei do Hospital Santa Marcelina, na Zona Leste de São Paulo, de Niterói, de Gilson Cantarino, que visitei, do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), que conhecia in loco, da experiência de Cotia em São Paulo, além de minha própria experiência em Planaltina e Mambáí, em Goiás, me inspirou e ajudou a acreditar que era sim possível avançar na proposta de levar saúde às casas dos brasileiros. Teria apenas que ter a decisão política e orçamento. O Brasil, com suas experiências, mostrava os caminhos. Não era mais uma proposta de cima para baixo, mas aproveitar o que existia no País.

Decisão política pela Saúde da Família durante o voo Varig de Nova Iorque ao Rio de Janeiro. Um voo da Varig de Nova Iorque ao Rio de Janeiro foi o momento em que o Ministro Henrique Santillo decidiu politicamente pela existência da Saúde da Família. Em final de setembro de 1993, fomos a uma reunião da Assembleia da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington/USA. Na viagem, durante o nosso retorno ao Brasil, expliquei ao Ministro Henrique Santillo aqueles que poderiam ser os possíveis princípios da Saúde da Família. Depois de mais de seis horas de trabalho a bordo do avião, o Dr. Henrique Santillo, em função das discussões técnicas, decidiu dar o apoio político decisivo para a implantação do PSF.

Compilação da proposta no Lago Sul, Brasília, em discussão com Oscar Castillo. Tudo o que foi discutido no voo da Varig de Nova Iorque ao Rio de Janeiro foi compilado em uma casa no Lago Sul, em Brasília, onde morava Oscar Castillo, oficial de saúde do Unicef no Brasil. Oscar Castillo recebeu os papéis que trabalhei com o Ministro Santillo durante o voo e compilou em um documento a proposta de princípios da Saúde da Família para a reunião dos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, no Ministério da Saúde.

Dezembro de 1993, aprovação técnica do PSF. Os princípios do Programa Saúde da Família discutidos por mim e o Ministro Henrique Santillo, durante o voo de Nova Iorque ao Rio de Janeiro e compilados por Oscar Castillo em Brasília, precisavam ser aprovados tecnicamente e o foram completamente, na reunião de 27 e 28 de dezembro de 1993, no Ministério da Saúde. Essa reunião, composta por 18 profissionais, era importante

porque participariam grandes expressões da saúde pública brasileira, preocupadas em levar Atenção Primária à Saúde para as famílias e comunidades.

Luis Odorico Monteiro de Andrade deu o nome de Saúde da Família. A proposta no início tinha o nome de Medicina ou Médico de Família. Foi a partir de um documento apresentado ao MS para financiamento, de uma Residência Universitária em Saúde da Família, de Quixadá, no Ceará, de novembro de 1993, onde Dr. Odorico trabalhava como Secretário Municipal de Saúde, que se aproveitou o nome do programa. Portanto, posso considerar que o nome de Programa Saúde da Família foi de autoria do Dr. Luis Odorico Monteiro de Andrade.

Saúde da Família inicialmente na Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Em 1994, era necessário abrigar o PSF em alguma estrutura no organograma do Ministério da Saúde, que fosse um lugar onde tivesse apoio inquestionável. Em uma reunião no Gabinete do Ministro Henrique Santillo, Álvaro Machado, Presidente da Funasa, informou que o abrigaria nessa fundação, que foi a sua moradia inicial.

Financiamento da proposta da Saúde da Família. Somente com orçamento e com recursos financeiros é possível fazer políticas públicas. Portanto era preciso financiar a nova proposta de Saúde da Família. Em 1994, Gilson Carvalho, Secretário Nacional de Assistência à Saúde do MS, em 1994, e Gilson Coleman, Secretário Adjunto da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS), 1993 a 1994, do MS, viabilizaram a forma de financiamento do Programa Saúde da Família, pela SAS/MS.

Homenagem e emoção. Um momento que me emocionou em especial foi ter sido convidado, pela Diretoria do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a receber uma homenagem especial pelos 15 anos de Saúde da Família no Brasil, em agosto de 2008, durante a 3ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. O convite me informava que **“a sua presença, na qualidade de fundador deste modelo de atenção que conquistou o Brasil, é de fundamental importância”**. Recebi um belíssimo troféu com a logomarca da Saúde da Família e uma silhueta vazada do mapa do Brasil gravado em aço inox.

Dividindo a homenagem. Ao escrever este texto, aproveito a oportunidade para dividir a homenagem recebida com aqueles que citei nestas páginas, pois tiveram papel especial na implantação e consolidação da Saúde da Família, e a todos os técnicos do Ministério da Saúde, que, na época, contribuíram efetivamente para fazer esse programa, especialmente Maria Fátima de Sousa, que foi quem acompanhou e contribuiu muito para o fortalecimento da Saúde da Família, Eliana Maria Dourado Mattos, que foi a sua primeira coordenadora, e Heloíza Machado de Souza, que acolheu o programa

em seu Departamento, além dos Coordenadores Estaduais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O PACS foi precursor da hoje conhecida Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família precisa se atualizar. Os princípios formulados em 1993 precisam ser atualizados, pois foi para serem modificados que inicialmente existiram. Já não é possível um médico para 800 a 1.000 famílias, mas tentar chegar a um médico para 1.000 pessoas. A hoje chamada Estratégia Saúde da Família precisa garantir qualidade e humanização de suas equipes. A atual gestão do MS tem todas as condições para fazer isso acontecer, porque tem compromisso e é de qualidade. A atual gestão está fazendo o que é preciso fazer.

Manaus, 6 de janeiro de 2010



Saúde da Família no Brasil:
do programa a política



“[...] Há uma tremenda força de mudança no ar. Há um movimento poderoso, tecendo a novidade através de milhares de gestos de encontro. Há fome de humanidade entre nós, por sorte ou por virtude de um povo que ainda é capaz de sentir e de mudar.”

Betinho

Eu poderia escrever outros livros somente sobre o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. Escolhi, porém, no limite das páginas, alguns fatos que julgo ser importantes neste reencontro com a história.¹

O **primeiro** diz respeito à entrada em cena dos **agentes comunitários de saúde**. O Estado da Paraíba foi a unidade federada no Brasil que abriu as portas para que, no Nordeste, em 1991, pudéssemos ser o “piloto” para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com o apoio incalculável de Inez Vasconcelos do Amaral e sua equipe do Estado do Ceará, aprendemos a sonhar fazendo outro jeito de cuidar da saúde das famílias. Choque de povo! Essa foi a tradução associada em um dos meus livros à chegada dos ACS no portal de entrada para uma longa viagem nos sistemas locais de saúde.

Segundo, o encontro de sujeitos com fome de solidariedade e humanidade.

Halim Antonio Girade², à época Oficial de Programas do Unicef, escritório Recife/PE, e o Ministro Henrique Santillo foram, literalmente, os “oficiais” de uma tripulação em alto voo rumo à implantação do PSF no País. Não é apenas metáfora. O primeiro usou argumentos técnicos, políticos e humanitários durante o retorno de uma viagem de trabalho (reunião da Assembleia da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington/USA) que fizeram com que o segundo convencesse um terceiro sujeito, o Presidente Itamar Franco, a compor uma trama saudável na **decisão política** de incorporação do PSF em sua agenda de governo.

De setembro a dezembro de 1993, muitos foram os sujeitos estratégicos que deram consistência ao tecido do PSF. Entre nós estava o peruano Oscar Castillo, naquele momento Oficial de Saúde do Unicef no Brasil, Luis Odorico Monteiro de Andrade, Eliana Maria Dourado Mattos³, Heloíza Machado de Souza, Gilson Carvalho⁴ e Gilson Coleman. Os dois últimos foram fundamentais para a definição de busca de recursos para a implantação do PSF e da sustentação do PACS, uma vez que a lógica vigente do financiamento nesse setor não contemplava proposta dessa natureza. Até então se pagava pelos doentes, melhor, pelo pragmatismo da dita vigilância

1 Enfermeira sanitarista, professora da Universidade de Brasília (UnB) e pesquisadora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP/UnB). Foi Gerente Nacional do PACS (1994) e Assessora Técnica do PSF no Ministério da Saúde (1994-2001) e Município de São Paulo (2001-2003)

2 Atualmente Coordenador do Escritório do Unicef em Manaus.

3 Primeira Coordenadora Nacional do PSF.

4 Secretário Nacional de Assistência à Saúde do MS, em 1994.

à doença. Inverter essa ordem nos colocava diante da necessidade de repensar e trazer à mesa outra agenda. Aquela que tomasse para si o diálogo com Estados, municípios e técnicos do Ministério da Saúde no entorno de estratégias capazes de contribuir para a reorganização e o fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas das ações e serviços nos territórios o mais perto possível de cada família brasileira.

Terceiro, uma agenda a ser tecida em redes em plena transição de governo. Essa tarefa nos colocava no exercício diário e permanente, ao convívio de tempo de crises, rupturas e realinhamentos. A paciência histórica, motivada pela corresponsabilidade da execução dessa agenda, nos fez vigilantes dos valores e princípios que orientavam o PACS e o PSF. Na crise, o que parecia estável e eterno tremia-se de forma quase silenciosa. E, aproveitando contraditoriamente essas oportunidades, sobretudo no momento dos debates calorosos entre as políticas de Estado mínimo e a garantia dos direitos sociais, ficamos reafirmando a ética da urgência de um Estado articulador e promotor da saúde de todos os seus cidadãos e cidadãs. Internamente ao Ministério da Saúde, tecíamos firmemente nossas relações com todas as áreas programáticas. Daí o nome Programa. Tínhamos que, naquele momento, não só falarmos a mesma língua, mas também concorrer aos recursos que eram “carimbados” para as áreas programáticas. Assim a estratégia deveria ser nomeada de Programa. Nasce o PSF com essa marca. O que nos custou longas explicações para os “sanitaristas” que assistiam a distância, ora discordando completamente, ora nos provocando a desistir. Sem nos contaminar com agendas negativas, associávamo-nos a mulheres fortes e homens audazes em cada unidade federada do País. A rede de coordenadores estaduais nos afiançava a continuar evitando que os sinos dobrassem nos municípios brasileiros, principalmente os do Nordeste, na “celebração” das mortes infantis.

Os primeiros resultados da redução na mortalidade infantil, no aumento do percentual das mulheres que fazem o pré-natal nos três primeiros meses, na diminuição das internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas, no cuidado com os hipertensos, diabéticos, e na ampliação de redes de atenção à saúde em territórios historicamente vazios, sem nenhum acesso, nos sinalizam que as linhas do nosso tecido se fortaleciam. Linhas essas expressas nas Normas Operativas Básicas e de Assistências, edições 96, 2001/2, na criação do Piso da Atenção Básica (PAB), nos pactos governamentais e institucionais a concepção da rede de Polos de Formação, capacitação e educação permanente, envolvendo as escolas formadoras de recursos humanos para o SUS, da criação e reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), das edições anuais dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e a realização de pesquisas

oficiais de âmbito nacional e da elaboração e negociação, junto ao Banco Mundial (BIRD), do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF).

E, por fim, a hora de continuar fortalecendo os fios que entrelaçam o PSF. As estratégias adotadas ao longo desses 16 anos foram capazes de dinamizar as redes internas e externas ao Ministério da Saúde, na indução e mobilização dessas estratégias. Entretanto, é chegada a hora de continuarmos olhando em frente com as lentes focadas em seus dilemas e desafios contemporâneos. Ao mesmo tempo em que reconhecemos as condições criadas à época para a governança e governabilidade à expansão do PSF, não podemos ficar míopes, nem andarmos para trás na história. Uma história que vem escrevendo sua passagem de **programa a política...** Na consolidação dessa agenda, parafraseando Mário Lago, “o tempo não comprou passagem de volta”. Seguiremos, de cada lugar onde estivermos, voando mais alto na efetiva busca de saúde para todas as famílias brasileiras.

Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil



O pedido chegou assim: “Fale de algo marcante, pessoal, nessa trajetória da Saúde da Família...”

Imagino que a escolha das vozes que configuram os depoimentos deste capítulo não tenha sido tarefa fácil para a equipe de coordenação, porque, afinal, são tantos atores que participaram ou que participam dessa história que, por mais que pareçam representativos, sempre haverá casos e vivências interessantes que muitos poderiam ou gostariam de contar.

O Saúde da Família apresenta trajetória exemplar de um programa que nasceu focalizado e se tornou uma estratégia estruturante de uma Política Nacional de Atenção Básica que tem contribuído significativamente para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) nasceu focalizado porque essa era a possibilidade que a conjuntura de 1994 permitia. Para sua implantação, os recursos financeiros eram escassos e transferidos aos Estados e municípios por meio de convênios. Não havia nenhuma estratégia para preparação dos profissionais requeridos. Na verdade, não havia muita crença de que essa proposta que nascia do berço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pudesse um dia vingar.

No entanto, havia um grupo de pessoas, de origens diversas – secretários municipais de saúde, coordenadores estaduais do PACS, membros de programas de médicos de Família que já existiam em determinados municípios, alguns professores universitários que atuavam com projetos de extensão acadêmica – que, junto com o grupo do Ministério da Saúde, acreditava que urgia colocar em campo uma proposta objetiva para mudar o jeito de se organizar os serviços de saúde, começando por reestruturar a forma de funcionamento dos centros, postos ou Unidades Básicas de Saúde, no efervescente contexto de descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Tinha que ser uma proposta em que princípios e “jeito de fazer” pudessem ser compreendidos por qualquer prefeito ou gestor municipal, em qualquer região do País. Em minha opinião, todos nós que estávamos à frente da coordenação do processo naquele período, seja no MS, nas SES ou SMS, não tínhamos muita clareza de como construir essa proposta, mas tínhamos absoluta certeza de onde queríamos chegar. Havia uma sede imensa de ver os serviços de saúde se organizando em uma lógica diferente, com responsabilidade territorial, com profissionais de saúde

¹ Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva – ex-diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

rompendo barreiras corporativas e construindo equipes, com essas equipes focando a atenção nas pessoas, nas famílias e nas suas comunidades, e construindo vínculos de compromisso e de corresponsabilidade.

Talvez esta tenha sido um dos aspectos mais importantes para o avanço do PSF: uma proposta que começa de forma bastante inacabada, permitindo que muitos fossem contribuindo na reorientação de sua trajetória. E acredito que a ESF continua assim, como um cristal precioso, em constante lapidação.

Com pouco mais de 15 anos de existência, é possível afirmar que a ESF configura-se como uma política de Estado, e não mais de governo. A alternância na gestão federal, característica própria e desejável dos processos democráticos, não produziu rupturas na sua condução. É certo que em alguns momentos os passos possuíam velocidades diferentes, mas em todo o tempo houve agregação de valores para qualificar a implementação da ESF em âmbito nacional. Lamentavelmente não podemos fazer a mesma afirmação para o universo total de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mesmo comprovando êxito, algumas experiências sofrem rupturas ou são estagnadas pelo simples motivo de se constituírem como iniciativas de governos concorrentes. Essa é uma postura que logicamente não atinge somente a ESF, mas áreas e iniciativas de diferentes políticas públicas, demonstrando imaturidade e ausência de compromisso na gestão pública.

Voltando ao passado, reporto-me à importância das características que configuravam os 13 primeiros municípios convidados à implantação do PSF. Havia, necessariamente, a representatividade de diferentes partidos políticos nos governos das cidades selecionadas. Era uma sinalização importante para que o Programa não fosse reconhecido como iniciativa de “tal” partido, mas poderia um dia tornar-se consenso do “partido da saúde”. Outras características referiam-se à representatividade de todas as regiões do País e apresentação de diferentes portes econômicos e populacionais. Era importante não caracterizar o PSF como “uma proposta de pobre para pobre”, restrita às áreas mais carentes e como uma proposta viável somente para pequenos municípios.

Lamentavelmente a conjuntura do período condicionou os escassos recursos disponíveis à implantação prioritária do PSF nos municípios inseridos no então Mapa da Fome (IPEA, 2003).

O financiamento do PSF, que inicialmente ocorria por meio de convênios celebrados entre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, passou também pela modalidade de produção, inserido na tabela SIA-SUS – situação que mantinha absoluta contradição com um processo de trabalho que deveria

estar centrado na produção da saúde. Só mais tarde, quando a gestão do PSF já estava vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, iniciou-se a revisão da modalidade de financiamento. Travava-se junto com a equipe dirigente da SAS debate fervoroso sobre o futuro do PSF: como deixar de ser um programa focalizado e partir para o destino de ser estruturante na organização dos serviços de saúde?

O momento de elaboração da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/96) foi compreendido como oportunidade ímpar para criar condições que impulsionassem o PSF para esse novo caminho. Em seu texto legal, essa Norma inseriu um capítulo que trazia as bases para um novo modelo de atenção e instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), introduzindo a modalidade de financiamento *per capita* e os incentivos financeiros aos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Mais tarde, percebendo a dificuldade de expansão da Saúde da Família nas grandes cidades, introduziram-se incentivos diferenciados por porte populacional. Como ainda não era suficiente para fazer frente às dificuldades das grandes cidades, buscou-se o aporte de recursos adicionais por meio de acordo de empréstimo. Assim foi formulado, negociado e aprovado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), acordo celebrado com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) para apoiar a expansão da cobertura do Programa nos grandes municípios. O projeto deveria apoiar não somente a ampliação do número de equipes, mas também a qualificação, apoiando a estruturação dos serviços de referência, a adoção de tecnologias de informação, o suporte em educação permanente, bem como a adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação.

Na origem do PAB, foi gerada uma polêmica semântica que ainda ressurgiu em debates ou em documentos acadêmicos, e que diz respeito ao uso do termo “atenção básica” em lugar de “atenção primária”. Para alguns, a discussão não é semântica, mas de cunho ideológico, pois se explica a escolha do termo “atenção básica” como condição imposta pelas agências internacionais de fomento para cooperar na implantação do Programa no Brasil. Ora, naquele tempo, não havia nenhuma organização internacional que acreditasse no PSF a ponto de acatar acordos de cooperação! Há uma explicação quase inversa: quando a proposta do *per capita* foi elaborada, ela precisava de um nome. A equipe da SAS, com alguns colaboradores externos, ouviu muitas opiniões de gestores e formuladores do setor saúde. Havia uma advertência clara de que o termo “atenção primária” fazia relação com os pacotes assistenciais reducionistas impostos pelas agências internacionais às regiões em desenvolvimento e que, portanto, qualquer proposta de “piso de atenção primária” poderia ser imediatamente rejeitada pela nomenclatura. Havia, naquele momento, necessidade premente de mudança na modalidade de financiamento – situação que não poderia se subordinar a um provável

longo período de debate para escolha de uma denominação adequada. Assim surgiu o termo “atenção básica”, como alternativa para evitar a resistência que era anunciada. Somente isso. Muitos podem testemunhar a inexistência de qualquer mão poderosa invisível norteando a escolha dos termos. Apenas a decisão de fazer acontecer no menor tempo possível. O uso da expressão “atenção primária” já está sendo resgatado no Brasil, o que é absolutamente pertinente, uma vez que encontra alinhamento com outros idiomas e facilita o diálogo com experiências de outros países.

Hoje, a estratégia utilizada pelos gestores brasileiros para organizar a Atenção Primária à Saúde é não somente observada, mas reconhecida no cenário internacional. Isso representa um valor conquistado ao longo dos últimos 15 anos! Na verdade, mesmo com dificuldades e desafios que ainda ameaçam a sustentabilidade da ESF, é preciso reconhecer o quanto avançamos, principalmente porque no SUS nunca trabalhamos em conjunturas favoráveis. Falar de uma cobertura próxima de 50% da população é falar de mais de 90 milhões de pessoas inseridas em um modelo de atenção que tem potencial para mais e melhores resultados. São 70 milhões de pessoas que passaram a ter atenção odontológica. A ESF está presente em grandes cidades, com cobertura expressiva em Belo Horizonte e com ritmo intenso de expansão da cidade do Rio de Janeiro, apenas para exemplificar. A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) já se consolida como proposta inovadora na organização do processo de trabalho e fortalece as ações de promoção da saúde. Diferentes metodologias, com destaque para a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) ou para estudos e pesquisas desenvolvidos em parceria com instituições acadêmicas, configuram-se como indutores à institucionalização do monitoramento e avaliação nos serviços de saúde. Está em campo um conjunto de ações, formuladas e implementadas em parceria estreita com o Ministério da Educação, para incentivar mudanças na formação profissional. Mais recente, um rico processo de elaboração compartilhada e pactuada com gestores estaduais e municipais permitiu a produção de uma série de dispositivos indutores para a integração entre atenção primária e vigilância em saúde, processo indispensável para a construção da integralidade da atenção.

Mais importantes que todos esses avanços são as constatações que impactam positivamente na saúde da população que está sob responsabilidade das equipes. Não se fala mais de hipóteses ou de desejos. As pesquisas e os estudos acadêmicos comprovam a potencialidade da ESF na melhoria de indicadores de saúde, especialmente nos grupos populacionais mais expostos às condições de pobreza.

Devemos nos orgulhar dos avanços obtidos, mas devemos reconhecer que tudo o que já foi feito é insuficiente para alcançar a sustentabilidade dessa proposta. É insuficiente

para atingir mais e melhores resultados e provocar mudanças verdadeiras no processo de trabalho. Como alguns dizem, “parece que estamos em uma encruzilhada”, onde um caminho nos leva a fazer mais dele e o outro aponta para a qualificação do processo. Isso requer a revisão de estratégias e de prioridades para alocação de recursos e a inserção da ESF em um processo radical de implantação das redes de atenção à saúde, onde a APS deve estar qualificada para exercer o papel de coordenação e regulação.

Para finalizar, retorno ao passado e recupero a voz de Eliana Caminha, uma enfermeira que ajudou a construir a ESF no município de Olinda/PE. Ela dizia: “Nós não estamos mudando tudo, mas estamos fazendo tudo para mudar”.

Talvez a fala de nossa colega possa se tornar um *mantra* para todos que possuem qualquer poder decisório nas mãos.

Saúde é mudança!



Em maio de 1992, a Secretaria de Saúde de Curitiba publicou um número temático especial, dentro da linha editorial “Divulgação em Saúde para Debate”, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Nessa edição, de nº 8, o título central era exatamente “Saúde é mudança”. No editorial, redigido pelo então presidente do CEBES Eleutério Rodrigues Neto (sanitarista de saudosa memória e que emprestou seu nome para o prêmio de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS), pode-se ler: “...A municipalização é uma diretriz inexorável, mas principalmente pela busca que só o município pode realizar de fato, de uma real transformação do modelo assistencial.”

Eleutério tinha razão: uma busca que só o município pode realizar de fato. O resgate da memória dessa busca e da progressiva implantação da Saúde da Família, no município de Curitiba, não poderia ser feito sem o registro de um episódio associado à publicação acima: trata-se de um fato incidental e, hoje, quase anedótico em face das reminiscências que compõem o repertório curitibano de vivências dos trabalhadores da saúde. Sob outro olhar, revela a riqueza e a beleza do trabalho humano, compondo mosaicos de evidências narrativas, erigidas com os conhecimentos e práticas sociais acionados em experiências singulares. Isso, de fato, faz o SUS ser reinventado todos os dias, com as virtudes e dificuldades de cada município.

O episódio: estávamos então ainda em meio à celebração de nossa publicação junto ao CEBES, recém-ocorrida, e já nos aventurávamos na busca concreta de uma mudança fundamental no modo de construirmos as ações e serviços de saúde em aliança orgânica com as populações locais. Em reunião com a comunidade local, no Centro de Saúde Pompeia, situado em um dos bairros mais distantes do



Publicação da Revista Divulgação em Saúde para Debate, nº 8, do CEBES – Saúde é mudança.



Reunião de gestores com a equipe pioneira de saúde da família, US Pompeia, 1992.

¹ Ph.D. em Epidemiologia e Saúde Pública, Universidade de Londres, UK; Professor Titular da PUCPR; Professor Adjunto da UFPR; Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

sul de Curitiba, decidimos implantar a primeira equipe multiprofissional, designada como “equipe de Saúde da Família”.

Ocorre que, no dia da implantação, chovia torrencialmente na cidade e ainda tínhamos os móveis e equipamentos que iriam aprestar a unidade de saúde na carroceria do caminhão de mudanças. Um dos trabalhadores da nova equipe de saúde, que então se constituía, comentou:

- Tudo bem que “Saúde é mudança”, mas precisava ser em baixo de um dilúvio?!

Saúde é mudança, sem dúvida! E aquele foi nosso “rito das águas”. O que veio a seguir já é história, muito bem documentada ao longo dos últimos anos...



Publicação comemorativa dos 10 anos de implantação da Saúde da Família em Curitiba, 2002.

Assim é a história, por exemplo, da colaboração estreita que tivemos com o Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre (GHC), então operando em áreas pobres da referida cidade. Os trabalhadores curitibanos eram então assessorados pelo inspirado e saudoso “professor” Dante Romanó; as equipes gaúchas, sob a gestão de Carlos Grossman, à época diretor do GHC, incansavelmente passaram a intercambiar generosamente suas experiências frente a um cotidiano sanitário de enormes desafios. Tanto foi assim que até mesmo um médico de Família e Comunidade do GHC foi cedido por um ano para trabalhar na implantação da unidade de saúde São José, no noroeste de Curitiba.

Ou, ainda, a história da colaboração com o *Department of Family and Community Medicine, University of Toronto*, do Canadá, iniciada com a visita do professor Walter Rosser, chefe do referido Departamento canadense, a Curitiba. Ele imediatamente nos apoiou na constituição e formação da primeira turma capacitada dentro do programa para a formação de profissionais em Saúde da Família, realizado na PUCPR. Juntamente com seu colega Yves Talbot, os dois professores canadenses formaram inicialmente 17 “profissionais multiplicadores”, sendo 11 médicos, duas enfermeiras e quatro dentistas.

Paulatinamente, com fortalezas e fragilidades, mas com a redução das incertezas que só a experiência concreta pode trazer, essa história seguiu seu curso. Atualmente, com a maturidade que uma política já informada pela evidência (não somente anedótica ou narrativa, mas sustentada em informações robustas) pode alcançar, já somos



Dante Romanó e Carlos Grossman celebrando a parceria das cidades “co-irmãs”, Curitiba e Porto Alegre, na implantação da Saúde da Família, 1992.



Mario Tavares, médico de família e comunidade do GHC de Porto Alegre, que permaneceu em Curitiba por aproximadamente 1 ano, na implantação da Saúde da Família, 1992-1993.

dezenas de equipes em Curitiba e, concomitantemente, milhares de equipes implantadas por todo o Brasil. Essa implantação acelerada traz problemas, mas haveria carência de tempo para a sociedade brasileira, com seus milhões de alijados da condição de dignidade sanitária, continuar esperando por mudanças?

A despeito de antagonistas poderosos e críticos inconsequentes que não gostariam de ver a ESF e o SUS darem certo no Brasil, essa é uma história de êxito internacionalmente reconhecido. Então, escrever sobre ela é tarefa simples, embora pareça complexa; talvez porque, para alcançar essa simplicidade, muitas complexidades já foram ou estão sendo vencidas. Contudo, desse modo, pode parecer uma interpretação *naïve* sobre o processo denso que cerca toda a implantação histórica (e anti-hegemônica) da ESF. Portanto, para finalizar, é preciso lembrar Michel Foucault (e Giorgio Agamben), ambos metodologicamente unidos pela ideia de que a “arqueologia” é a única via de acesso ao presente. Esse breve depoimento, que visa acessar com um olhar autoral o presente da ESF, deve ser visto como uma “interpretação arqueológica”. No pequeno sítio de escavação de poucas linhas, vasculhou pequenos fatos históricos, “migalhas” de cotidiano, “restos” de realidades vividas por milhares de trabalhadores e cidadãos brasileiros, que estão construindo revoluções moleculares em cada município, as quais, quando potencializadas, produzirão impacto sobre milhões de vidas, no presente e no futuro. Essa revolução se expressa, em menor ou maior grau, em mudanças no plano político-gerecncial, no plano organizativo das práticas de saúde, no plano da formação e do mundo do trabalho, no plano ideológico e cultural da “civilização morena” dos brasileiros.

Saúde é mudança!

Referências

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Saúde é Mudança. Revista Divulgação em Saúde para Debate, Curitiba, nº 8, maio 1992.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. 10 anos de PSF em Curitiba: a história contada por quem faz a história. Edição comemorativa. Curitiba: SMS, 2002.



Visita do Prof. Walter Rosser, chefe do Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Canadá, a Curitiba em 1994.



Grupo de profissionais da Secretaria de Saúde de Curitiba que participaram do curso de 5 finais de semana, com professores da Universidade de Toronto, Canadá, realizado na PUCPR, 1995.

A nova cara da saúde no Brasil –
a medicina de família e comunidade



A especialidade de Medicina de Família e Comunidade foi formalmente definida em meados do século XX. No Brasil, passou a existir com clara definição a partir da segunda metade do século passado, quando foram criadas 12 residências médicas nessa especialidade, sendo quatro no Rio Grande do Sul (duas em Porto Alegre – no Murialdo e no Grupo Hospitalar Conceição – uma em Pelotas e uma em Caxias) e oito em outros Estados.

Um aspecto interessante para o entendimento do que é Medicina de Família e Comunidade (MFC) é lembrar as denominações anteriores dessa área da Medicina: *General Practice*, nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e outros países; Clínico Geral, médico de família, médico de zona, médico do bairro, médico-geral, entre outras, em nosso meio.

A palavra “comunidade” foi acrescentada mais recentemente pela compreensão de que há aspectos que transcendem a pessoa e a família, que exercem grande influência na saúde e na doença.

O surgimento das numerosas especialidades médicas acarretou uma redução do interesse na Medicina Geral, levando inclusive ao seu desaparecimento nos Estados Unidos na década de 50. Mas já na década seguinte ficou evidente a sua necessidade e, em 1969, nos Estados Unidos, a *General Practice* foi recriada com o nome de Medicina de Família.

Foi nessa mesma época em que começaram a surgir, de forma independente em diferentes regiões do Brasil, as primeiras residências médicas em Medicina de Família e Comunidade, ligadas ou não a instituições oficiais ou de ensino.

Apesar da recente experiência americana, esse movimento na direção de formalizar a Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade desencadeou reações contrárias e até mesmo “violentas” vindas de vários setores, mas especialmente dos médicos, do Ministério da Saúde e de muitas personalidades médicas de reconhecido saber e, incrivelmente, da quase totalidade das Faculdades de Medicina do País. Com raríssimas exceções, as Faculdades de Medicina nunca manifestaram – até muito recentemente – o menor interesse nessa área da formação médica. Naturalmente houve algumas exceções e, para ilustrar e destacar, cabe mencionar o Dr. Adib Jatene, que, desde logo, apoiou e trabalhou extensa e intensivamente em todo o País, especialmente em São Paulo, pelo desenvolvimento da Medicina de Família.

¹ Médico e internista geral, fundador do serviço de Medicina de Família do Grupo Hospitalar Conceição - Participante do Grupo de Trabalho que criou o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde em 1993 - Membro da Academia Sul Riograndense de Medicina, atualmente preceptor da Residência de Medicina de Família do Grupo Hospitalar Conceição.



Além dos numerosos focos esparsos que já existiam pelo Brasil, o que deu o maior impulso que desencadeou a maior e mais verdadeira mudança na atenção à saúde no Brasil foi a decisão do Ministro da Saúde Henrique Santillo, no governo do Presidente Itamar Franco, de criar, iniciar o desenvolvimento da Medicina de Família no Brasil inteiro, por meio do Ministério da Saúde, para isso convocando para uma reunião em Brasília, em dezembro de 1993, representantes dos principais núcleos que já trabalhavam com Medicina de Família no País.

Esse primeiro e decisivo movimento foi ideia e obra do médico Halim Girade, assessor importante na equipe do Ministro. Com rara sabedoria e um mínimo de interferência pessoal ou do Ministro, ele reuniu as pessoas, propôs a tarefa e não mais interveio, exceto quando solicitado pelo grupo. Creio que se deve a ele o mérito maior da ideia e do modo de transformá-la em realidade em todo o Brasil – apesar das grandes resistências, inclusive dentro do próprio Ministério da Saúde.

Apesar de alguns equívocos, como pretender que as Faculdades de Medicina ajudassem, a Medicina de Família avançou quantitativamente, e só não avançou mais qualitativamente por não buscar intensamente a experiência de outros países, como Grã-Bretanha e Cuba, além do Canadá, por exemplo, onde o sucesso da MFC tem sido destacado, muito conhecido e reconhecido mundialmente. Uma exceção notável tem sido a colaboração extremamente positiva com profissionais e instituições do Canadá, especialmente de Toronto. Vale notar que essa colaboração foi um caso notável de Serendipity, isto é, a descoberta inesperada e afortunada de coisas boas, como foi, por exemplo, a descoberta da penicilina. Serendipity foi a palavra cunhada por Horace Walpole para descrever o que aconteceu numa história de fadas do Ceilão chamada “Os três príncipes de Serendipi”. Aconteceu que a Faculdade de Medicina da PUC de Curitiba, desejando ampliar, melhorar o ensino de traumatologia, enviou um grupo de seus professores e dirigentes para visitar no exterior centros destacados nessa área. Em uma das faculdades visitadas em Toronto, o grupo ficou muito impressionado pelo desenvolvimento do Departamento de Medicina de Família – um dos maiores e mais qualificados do mundo. Voltando a Curitiba, propuseram a ampliação do setor de Medicina de Família da PUC, com auxílio de Toronto – o que foi feito de imediato, com benefícios grandes não só para o Paraná e outros Estados brasileiros –, em colaboração que ainda continua em vários pontos do Brasil vários anos após o seu início, impulsionada principalmente pela grande e muito querida figura médica e liderança decisiva no desenvolvimento da MFC no Paraná e no Brasil, que foi o Dr. Dante Romano Jr., prematuramente falecido. Pelo lado canadense, o grande motor dessa colaboração foi o Dr. Ives Talbot, que já fala português fluente.

Tive a ventura de participar de vários desses momentos iniciais no Murialdo, no Grupo Hospitalar Conceição, e colaborando durante algum tempo com o Ministério da Saúde após 1993.

Nos últimos vários anos, têm-se observado o ingresso mediante concurso de muitos médicos de Família e Comunidade como docentes nas faculdades de Medicina estatais e privadas, principalmente nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, o que pode representar outro fator de transformação progressiva da formação médica no nível de graduação.

O médico de Família é a materialização de um desejo e necessidade da maior parte das pessoas e famílias: ter o SEU médico, aquele que conhece e é conhecido do paciente e da família de longa data, que é facilmente acessível e que geralmente acerta no seu atendimento.

Numerosos estudos em várias regiões do mundo têm mostrado que essa combinação – médico-geral SEMPRE e especialistas em órgãos e técnicas QUANDO NECESSÁRIO – tem produzido os melhores resultados em termos de satisfação e custo/benefício. A realidade é que o MFC, muito mais que “a porta de entrada” no sistema de saúde, é onde o paciente permanece, “não sai”, e aí resolve mais de 90% dos seus problemas de saúde, incluindo a prevenção e a promoção da saúde.

O MFC bem formado tem a virtude de simplificar o atendimento, inclusive pelos demais especialistas, que recebem encaminhamentos já mais bem selecionados, mais apropriados. A ênfase na prevenção e na promoção da saúde não só individual, mas no contexto da comunidade onde a pessoa vive, tem a possibilidade de diminuir progressivamente o volume de doenças.

Os gastos com saúde são estratosféricos. A ação do MSF faz com que sejam significativamente reduzidos por meio não só da prevenção, mas também porque nessa modalidade de atendimento tem sido possível reduzir a quantidade de medicamentos usados, o número de exames complementares utilizados e o número e a duração das internações hospitalares.

Para a criação e ampliação das Residências, como para a reciclagem dos médicos que não fizeram Residência, é necessário GRANDE INVESTIMENTO de recursos – mas um investimento assim poderia, num futuro não distante, elevar significativamente a extensão e a qualidade dos serviços prestados, como ocorreu em Cuba, a partir de 1984.

É importante ressaltar que, apesar de estarmos começando, foram capacitados nesse curto período, desde 1993, numerosos profissionais – médicos, enfermeiros,

agentes de saúde e outros – que têm se revelado como pessoas de extraordinário valor e saber na especialidade. Os evidentes resultados de seu trabalho, com a consequente valorização de seus méritos por colegas de outras especialidades, enfraquecem os que ainda teimam em questionar sua qualificação.

A MFC no Brasil cresceu e evoluiu, tornando-se exemplo gigantesco do que pode ser feito para aumentar significativamente a saúde de milhões de pessoas em um curto período de tempo. Parabéns ao Brasil e a todos que ajudaram e fizeram acontecer, e aos que atualmente batalham e se esforçam para dar qualidade e adequação cada vez maiores aos serviços de saúde que são prestados à população brasileira.



Mais uma história de mineiro





De tantas e tantos que são, contar uma história ou um fato marcante sobre a Saúde da Família é uma tarefa difícil. Muitas emoções como ver aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na tripartite, receber quase que unanimemente o apoio do Conselho Nacional de Saúde à proposta dos NASF e ouvir de personalidades como o Dr. Malehr e a professora Barbara Starfield, em nossos seminários internacionais, que estamos fazendo um trabalho que é uma grande contribuição reconhecida em todo o mundo. Escolhi, entretanto, contar um pouco do que ouvi nesses anos, desde 93, quando assumi a gestão de um pequeno município de Minas Gerais, na região metropolitana de Belo Horizonte.

Naquele tempo, a Saúde da Família era um programa que recebia recursos por meio de convênio com o Ministério da Saúde. Como Secretário Municipal de Brumadinho, à época, assumimos o compromisso de implantar cinco equipes cobrindo toda a área rural do município. Foi uma experiência de sucesso, com grande aprovação da população e dos profissionais que lá trabalhavam. Alguns deles, médicos e enfermeiros, continuam na Saúde da Família até hoje. Peregrinaram por vários municípios na região e a cada eleição municipal estavam sujeitos a terem que mudar. Mas persistiram. Naquela época o que ouvia de outros secretários municipais era que “o programa é uma boa ideia”... para áreas rurais e de difícil acesso.

Em 97, com a mudança dos prefeitos, mudaram-se os médicos de Brumadinho e eu era um deles. Nova empreitada começava em Ibiá, Minas Gerais, dessa vez não só na zona rural. Implantamos uma cobertura de 100% do município já no primeiro ano do novo governo. Também foi um sucesso. E, novamente convidado a apresentar a experiência em fóruns estaduais e nacionais, passei a ouvir que podia mesmo ser uma boa ideia “para pequenos municípios, longe da capital”.

As surpresas que a vida nos traz me levaram a Contagem, onde assumi a Secretaria de Saúde em janeiro de 1999. Em um ano de trabalho, implantamos 85 equipes com 50% de cobertura. A expansão foi monitorada

¹ Médico formado na UFMG, especialista em gestão hospitalar pela ENSP e mestre em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA. Na década de 90 participou do processo de descentralização da saúde em Minas Gerais sendo Secretário Municipal de Saúde em Brumadinho, Ibiá e Contagem. Participou da direção do COSEMS MG e foi assessor do CONASS, em Brasília. Trabalhou no Ministério da Saúde por vários anos sendo Diretor do DAB de 2005 a 2008. Nos últimos anos tem trabalhado como consultor em atenção primária e serviços de saúde para diversas instituições internacionais, estando vinculado a Universidade de Toronto, no Canadá.

por pesquisas de opinião pública, e o sucesso também comprovado pela satisfação dos usuários. A saúde, um peso negativo para o governo até então, passou a ser um dos sucessos da administração. Nesse momento já não eram só equipes e pequenos hospitais. Estávamos na segunda maior cidade de Minas e uma das 30 maiores cidades do Brasil. Naquele momento do ano 2000, Contagem era a única cidade acima de 500 mil habitantes com mais de 50% de cobertura em todo o País. Deu certo e aí não era mais a zona rural, nem a cidade do interior distante.

Mas ainda existia uma última barreira discursiva: “Não dá certo nas capitais”. Na capital tudo é diferente! Como disse David Capistrano, nos anos 90, a prova de fogo do PSF será chegar às metrópoles, como Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte.

Chegou a hora. Na vanguarda, Belo Horizonte tomou a arrojada decisão de cobrir 70% de sua população com a Saúde da Família, com mais de 500 equipes. São Paulo já conta com mais de 1.200 equipes e o Rio de Janeiro, finalmente, se move nessa direção.

Trouxe esse exemplo para ilustrar a tese que vou defender: a Saúde da Família, baseada em princípios de uma Atenção Primária à Saúde integral, não é uma política pobre para pobres. Ela pode e deve ser o ponto de contato principal entre a população e o sistema de saúde, deve ser coordenadora do cuidado, deve promover a longitudinalidade e a continuidade da atenção à saúde das pessoas e, essencialmente, deve ser capaz de responder às demandas de quem chega ao serviço, independentemente de estarmos falando das áreas rurais no interior do Nordeste ou de Copacabana, no Rio de Janeiro. Serve sim para todos, incluindo Londres, Barcelona, Estocolmo, Toronto e tantas outras que não são o que poderíamos chamar de cidades pobres.

Infelizmente, a sociedade brasileira ainda não tomou essa decisão, ao contrário de sociedades de países como a Suécia, Inglaterra, Espanha, Canadá. Quem tem Atenção Primária à Saúde de verdade são os países ricos, com compromisso com suas políticas sociais e com a equidade. Continuamos nos espelhando, enquanto desejo de consumo, no modelo americano, o mais caro e ineficiente do mundo. Queremos ter acesso direto aos médicos especialistas focais, queremos fazer tomografia para nossa dor de cabeça, mesmo sabendo que a maioria absoluta dessas tomografias é normal e, provavelmente, sequer deveria ter sido indicada. Enfim, praticamos a lei do cuidado inverso: quem tem maiores necessidades tem menos acesso e pior qualidade. Por outro lado, quem menos precisa tem, teoricamente, mais acesso com maior qualidade. Mais acesso com certeza, mais qualidade, nem sempre. Devemos questionar a qualidade e excelência da indicação do uso de tecnologias médicas

desnecessárias, quase nunca inócuas. Veja, de novo, o exemplo dos Estados Unidos, onde a iatrogenia está entre as maiores causas de morte.

Nenhum sistema de atenção à saúde é sustentável, em longo prazo, com a escalada de custos e a incorporação desordenada de tecnologia que vivemos no setor nos dias de hoje. Isso disse o Ministro Temporão, no *Buenos Aires 30/15*, há alguns anos. E o maior risco está exatamente nos chamados países de renda média, como o Brasil, pois nesses, na maioria das vezes, não se regula a incorporação de tecnologia.

Outras contradições que vivemos no SUS reforçam as dificuldades de avanços no sentido de um sistema único de saúde liderado pela APS.

Uma delas é que ter um médico de Família, e não uma série de especialistas focais como referência para o cuidado cotidiano, é interpretado como coisa para pobre. Pobres canadenses, ingleses, espanhóis, suecos, australianos. Será que a qualidade dos serviços de saúde nesses países é pior que no Brasil? Mesmo se considerarmos somente o sistema privado, nossos indicadores não demonstram isso. Os ricos no Brasil não têm indicadores melhores que a média dos ingleses ou suecos.

Segue-se que a Saúde da Família, mesmo sendo prioridade da política pública de saúde no País, não tem conseguido mover as universidades para uma mudança real na formação de recursos humanos na velocidade necessária. O famoso *Ecology of the Medical Care* já demonstrava, há 40 anos, que quem vai para hospitais de ensino é somente uma ínfima parte da população que necessita de cuidados muito especializados. Entretanto, é aí que nossos médicos e enfermeiros são formados, em hospitais que têm como objeto do ensino as doenças raras. Também continuamos formando médicos para trabalhar com os 25% de usuários de planos de saúde, e enfermeiros para os hospitais. O exemplo começa quando vemos os professores disputando os andares especiais das enfermarias privadas, dentro dos hospitais universitários públicos.

Se quisermos mesmo serviços públicos de qualidade para todos, com porta de entrada única, temos que discutir como manter profissionais competentes e comprometidos dentro do sistema, defendendo-os e valorizando-os, e não os tendo como mais um dos inúmeros vínculos de trabalho. Dedicção exclusiva ao SUS não deveria ser uma exceção. Ilhas de excelência existem, mas APS na perspectiva da integralidade de um sistema nacional de saúde com a proposta do SUS não se constrói em ilhas. Também temos que discutir que “postinho de saúde” sem janela, com mesas e cadeiras enferrujadas e com mofo nas paredes não vai conseguir atrair e virar referência para qualquer cidadão que tenha outra opção. Se for assim, fica claro que a opção é exclusiva

para os que não têm nenhuma outra opção: uma opção pobre para os pobres.

Finalizando, para fazermos as mudanças, precisamos de dinheiro. Não vamos cumprir a promessa do SUS com um gasto público em saúde abaixo de 4% do PIB. Para os que acham o sistema privado brasileiro eficiente, teremos que gastar pelo menos 16% do PIB só para a assistência médica, se seguirmos um modelo semelhante de planos de saúde em um mercado competitivo. Por outro lado, como esperamos não ter outro *Big Bang* legislativo tão cedo, o que significaria outro desenho para o sistema de saúde brasileiro, não podemos perder a oportunidade de incrementalmente, aumentar os percentuais destinados à APS. Retirar recursos de serviços de alto custo e hospitalares é inviável, mas destinar recursos novos preferencialmente aos serviços de atenção primária e à Saúde da Família não. A viabilidade se chama vontade política.



Da reflexão crítica no movimento estudantil
à participação na construção da estratégia
saúde da família





¹ Luis Odorico Monteiro de Andrade
² Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Somos da geração de médicos que se formou ao final na década de 80. Assim como todos os nossos colegas, deparamo-nos com um currículo médico dividido em ciclo básico e ciclo clínico. O primeiro concentrava-se em aulas teóricas e de laboratório; o segundo, aulas teóricas e visitas de enfermagem ao hospital universitário. É preciso mencionar ainda a grande quantidade de disciplinas de especialidades médicas, uma ou duas de saúde pública e o internato de apenas um ano.

Tivemos também uma ou duas disciplinas de saúde pública. O contato com o movimento estudantil e com professores que faziam crítica à formação médica com uma visão fragmentada e descontextualizada do paciente e de sua família nos estimulou a fazer uma reflexão sobre a nossa formação e sobre o sistema de saúde excludente que vigorava no Brasil. Como resultado desse processo, aderimos, junto com outros companheiros, ao trabalho de organização, participação e reflexão crítica dos estudantes sobre o curso de Medicina e o papel do médico na sociedade.

Vivenciamos como estudantes a luta pelo restabelecimento da democracia no País e o fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária. Fomos membros do grupo de cinco delegados da União Nacional dos Estudantes na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Participamos da equipe que liderou o XVI Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM) e a criação da Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), em 1986. Essa geração do movimento estudantil optou por enfrentar um desafio: “Pensar politicamente a ciência e cientificamente a política”.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a discussão da saúde como qualidade de vida e dos princípios para nosso futuro Sistema Único de Saúde tocou profundamente nossa sensibilidade e acendeu nossa esperança num futuro melhor para o Brasil. Universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, nossos sonhos para construção de um país onde todos fossem sujeitos de direito.

Discutíamos a necessidade de ser o estudante de Medicina preparado para atuar na Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde, tendo

1 Médico, Doutor em Saúde Coletiva com Pós-Doutorado na Universidade de Montreal – Canadá. Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Doutorado em Saúde Coletiva (UECE-UFC). Diretor Presidente do Instituto CENTEC. Recebeu 47 prêmios e homenagens, entre eles em 2009 o Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS e em 2010 recebeu pelo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, a Medalha da Ordem do Mérito do Médico na qualidade de Comendador.

2 Médica, Doutora em Medicina na Área de Pediatria pela USP com estágio Pós-Doctor no Departamento de Ciências da Educação na Universidade de Montreal no Canadá. Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal do Ceará, exercendo suas atividades na Faculdade de Medicina de Sobral, como docente no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC e do módulo de Atenção Básica à Saúde.

contato com a rede de serviços, desde o início do curso. Defendíamos ainda que o estudante tivesse formação humanista e construísse o aprendizado a partir da reflexão e pesquisa sobre os problemas identificados nos serviços.

Algumas lideranças do movimento sanitário brasileiro foram determinantes na formação do nosso pensamento e da nossa prática: Ibrahim Mourad Belaciano, Ana Rita Pederneiras, Carlile Lavor, o atual Ministro, José Temporão, David Capistrano, Eduardo Jorge, Sergio Arouca, Sonia Fleury, Gastão Wagner de Sousa Campos e Madel Terezinha Luz.

Em 1986, iniciamos nosso primeiro trabalho no campo participando da construção do Sistema Local de Saúde de Icapuí, município de 13.000 habitantes do litoral do Ceará, onde ficamos até 1992. Foi a partir dessa experiência que aprofundamos nosso contato com os problemas de saúde do povo, aprendendo como a luta pela sobrevivência numa região litorânea do Nordeste determina a saúde. Foi em Icapuí onde trabalhamos na formação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e nas primeiras versões do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Lá investigamos as causas de óbitos infantis não registrados. Crianças que morriam por desidratação, quando os sais de reidratação oral já eram recomendados desde a década de 70 pela OMS (SACK, et al., 1970; RAMLAL, 1980). E aqui aproveitamos para render nossas homenagens a Dra. Zilda Arns, que, com a Pastoral da Criança, foi parceira importante nessa caminhada.

Em Icapuí, tivemos a oportunidade de formar equipes interprofissionais, com enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e médicos. Equipes que dialogavam e planejavam um trabalho conjunto na comunidade. Cadastramos as famílias, implantamos os prontuários familiares. Nessa cidade aconteceram nossas primeiras experiências de trabalho intersetorial: a equipe de saúde articulando-se com a educação, urbanismo, cultura, esportes, desenvolvimento econômico.

A partir de 1993, aceitamos o desafio de organizar o Sistema Municipal de Saúde de Quixadá, sertão central do Ceará, 70.000 habitantes. Tempo de amadurecer. O povo precisava de assistência à saúde. Mas como aumentar a cobertura de atenção primária sem reproduzir o modelo biomédico? Como ampliar as equipes de atenção básica do município com os escassos recursos existentes? Dessas contradições nasceu a ideia de elaborar o Projeto Saúde da Família, em que Quixadá solicitava o apoio do Ministério da Saúde para organizar equipes multiprofissionais, formadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde, para cada uma das 13 áreas descentralizadas de saúde do município.

As equipes multiprofissionais de saúde deveriam realizar um diagnóstico de saúde

da população pela qual era responsável (entre 500 e 1.000 famílias); realizar o reconhecimento do território, mapeando os recursos sociais existentes; cadastrar as famílias, priorizando as de maior risco no processo de atenção; garantir o acompanhamento longitudinal dos indivíduos e famílias; realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; prestar assistência aos agravos mais prevalentes; encaminhar casos para atenção especializada se necessário; construir vínculos com as lideranças comunitárias e organizar o conselho local de saúde. A primeira equipe de Saúde da Família de Quixadá foi implantada na comunidade Serra do Estevão nos primeiros meses de 1994. Esse projeto foi discutido com o Ministro Henrique Santillo e o seu assessor especial, na época, Halin Girade, tendo sido referência na tomada de decisão para implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. A primeira reunião com o assessor Halim foi em agosto de 1993; uma segunda com Halim, Oscar Castillo, do Unicef, e Eugenio Vilaça, da OPAS, em outubro de 1993, momento em que foi agendada a reunião que decidiu pela implantação do PSF em 27 de dezembro de 1993 (POZ; VIANA, 1998).

Concretizar esse projeto de mudança no modelo assistencial exigia profissionais de mente aberta, dispostos a construir uma experiência nova e inusitada para os padrões da época. Para formar as equipes do PSF de Quixadá, outros companheiros do movimento estudantil entraram de “corpo e alma” no projeto: Alcides Miranda, Gabriela Godoy, Aldenildo Costeira, Janine, Ernani Vieira, Vera Dantas, Francineide Maciel, Francimeire Amorim, Lucineide, entre outros. Foram constituídas 13 equipes do PSF para o mesmo número de “áreas descentralizadas de saúde”. Fazíamos reuniões semanais, era preciso um processo de gestão participativa. Os resultados foram rápidos: redução dos atendimentos hospitalares, redução da mortalidade infantil, controle da epidemia de cólera.

A partir de 1997, continuamos o trabalho agora em Sobral, 170.000 habitantes, um sistema de saúde muito centralizado no hospital e concentrado na sede do município. Eram necessárias mais de 40 equipes de Saúde da Família. Ficou mais evidente a importância da educação permanente para os profissionais, que necessitavam tanto de capacitação para o trabalho na Atenção Primária à Saúde como de acompanhar a rápida produção de conhecimentos na saúde. Em 1999, foi criada a primeira turma do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral (ANDRADE, et al., 2004), que hoje está na oitava turma e já formou 165 especialistas. Em 2001, foi criada a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (<http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia>).

Em 2005, mais uma vez mudamos de contexto: Fortaleza, capital de 2.300.000 habitantes,

cidade marcada por grande desigualdade social. Nela, organizar o sistema de saúde, considerando a equidade, era e é fundamental. O estudo que mapeou as microáreas dos agentes comunitários de saúde revelou os quarteirões desprovidos de serviços públicos, com casas insalubres e comunidade à margem do sistema econômico.

Foram realizados concursos públicos para 2.626 ACS e 750 profissionais de nível superior na saúde. Em Fortaleza aprofundamos o conceito de Sistema de Saúde Escola, que havia sido criado em Sobral (BARRETO et al., 2006). Os resultados, apesar do curto tempo de implantação da ESF na grande metrópole, já se evidenciam. A mortalidade materna em Fortaleza caiu de 70,83 por 100.000 nascidos vivos, em 2004, para 23,67 em 2007. Foi possível controlar a epidemia de dengue no município, nos anos de 2007 e 2008, com uma taxa de letalidade por dengue de 0,8 por 100.000 habitantes em 2007, abaixo da observada em outras capitais brasileiras (FORTALEZA, 2007).

Para concluir, podemos afirmar que nossa história na PSF, hoje, Estratégia Saúde da Família, envolve razão e emoção. A razão demonstrando que essa estratégia é capaz de impactar indicadores de saúde; e a emoção de ser ator de um processo que vem melhorando a vida de milhões de brasileiros.

Referências

ANDRADE, L. et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – Sobral (CE): uma resposta municipal para a Educação permanente no SUS. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 15-25, 2004.

BARRETO, I. et al. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde Escola: o caso Fortaleza (CE). **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 15, 2006.

FORTALEZA, S. S. **Relatório de Gestão da Saúde 2007**. Fortaleza: Secretaria de Saúde de Fortaleza, 2007. v. 1.

POZ, M.; VIANA, A. A reforma no sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

RAMLAL, A. M. Administration of oral rehydration therapy. **Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)**, United States, v. 14, n. 2, p. 204-206, 1980.

SACK, R. et al. The use of oral replacement solutions in the treatment of cholera and other severe diarrhoeal disorders. **Bulletin of World Health Organization**, Switzerland, v. 43, p. 351-360, 1970.



Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política



1. Atenção Primária à Saúde: conteúdos e trajetórias

Recuperar a história da Estratégia Saúde da Família requer, antes de tudo, regressão histórica longa e aprofundada, percorrendo pelo menos duas sendas significativas: a trajetória das ideias correspondentes no mundo e a chegada e o desenvolvimento, no Brasil, de programas de Atenção Primária à Saúde – bem como seus correlatos.

Em termos mundiais, uma longa história pode ser percorrida com raízes seculares e até mesmo milenares. A fase mais significativa ocorre ao longo do século XIX e na primeira metade do século XX, primeiro com as políticas de saúde pública e Medicina Social e, depois, com o advento dos estados de bem-estar social na Europa. Contextos políticos e ideológicos diversos se fizeram presentes, desde a afirmação de razões de Estado para o controle da sociedade, passando por ideais filosóficos e religiosos de igualdade e fraternidade, até as lutas operárias e a conquista da cidadania social.

No caso brasileiro, é preciso recuperar alguns movimentos iniciados ainda nos anos 20 do século XX, com a importação de propostas originárias dos Estados Unidos, traduzidas na atuação da fundação Rockefeller e que convergiram na criação da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública, além de outros programas públicos, depois evoluindo para processos mais abrangentes e complexos, nas décadas posteriores. Os contextos também variaram desde a necessidade de reprodução do capital no processo de industrialização nascente no País até as pressões derivadas de lutas políticas diversas no âmbito de diferentes movimentos sociais.

O fato é que as práticas de saúde sempre tiveram, em sua origem e determinação, a influência dos modos de conceber e agir da sociedade face ao corpo humano e a respectiva valorização concedida à saúde e à doença. Os diversos modelos de práticas (ou mesmo de políticas de saúde) daí advindos, ao variarem intensamente ao longo da história, mantiveram, entretanto, correlação com a estrutura da sociedade, em cada período, em face da visão de mundo dominante (SINGER, 1974). Por outro lado, como lembra Rosen (1994), em toda a história das sociedades humanas, os problemas de saúde enfrentados tiveram, em sua origem, relação com a vida em comunidade e, embora com ênfases diferentes, com as variadas maneiras com que tais sociedades procuraram resolvê-los, por exemplo, controlando as doenças e melhorando as condições ambientais. Modelos e até mesmo sistemas completos de atenção à saúde existiram

¹ Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Professor (titular) aposentado -Universidade de Brasília; Secretário Municipal de Saúde - Uberlândia-MG (1983/88 e 2003/04)

mesmo em sociedades antigas, com características que até os dias atuais se encontram presentes, inclusive no que diz respeito a componentes que, por aproximação, estão presentes no que hoje se denomina Atenção Primária à Saúde (APS). O quadro abaixo, inspirado em Thorwald (1985), Sigerist (1974) e Rosen (1994), resume algumas informações sobre a evolução de alguns desses modelos.

Quadro 1 - Evolução histórica dos modelos de atenção à saúde

BABILÔNIA
Século VI a.C: Código de Hamurabi: cuidado da saúde da coletividade; controle das condutas dos médicos.
EGITO
IV Dinastia (cerca de 2.500 a. C.): grande prestígio de médicos generalistas; Iry, médico da corte do faraó e uma espécie de autoridade sanitária da época; médicos contratados para prestar assistência integral aos trabalhadores das pirâmides.
GRÉCIA
Século IV a.C: Platão justificava a presença dos médicos na <i>Polis</i> , para que os cidadãos fossem sadios; termos associados com saúde: higiene, harmonia, bem, equilíbrio, organização, com os médicos praticantes imbuídos deles; serviços públicos rudimentares de drenagem e suprimento de água nas cidades; médicos com salário fixado por um imposto especial e com base territorial de ação, concentrando-se nas cidades maiores, onde estabeleciam o <i>iatréion</i> (consultório); médicos itinerantes nos vilarejos que batiam à porta das famílias, oferecendo seus trabalhos; cerca de 600 a.C., passou a ser comum a nomeação pública de médicos para atuarem nas cidades, garantindo-se-lhes proventos anuais, mesmo que não houvesse enfermos para tratar (capitação); influência de Hipócrates (450 a.C.), prática generalista dos médicos.
ROMA
Migração de médicos gregos para Roma, em torno do ano I, adquirindo cidadania romana – uma notável distinção para a época; forte influência da medicina grega; médicos atuando em bases territorializadas, com populações adscritas; decreto do <i>numerus clausus</i> limitando o número de médicos em cada cidade; as famílias são vinculadas a uma espécie de médico de Família, com atuação integral referente a todos os membros da mesma, com salário mediante cotização de seus assistidos; século II: aparece um serviço público de atenção à saúde, com a nomeação de funcionários médicos, os <i>archiatri</i> , com responsabilidades de atenção à pobreza.
IDADE MÉDIA
Inflexão da tendência de cuidados por médicos; enfoque do cuidado à pobreza, com forte influência religiosa, doença concebida como purificação e graça divina; prática médica recolhida aos mosteiros; em torno do ano, médicos leigos aumentaram de número e tiveram atuação tolerada e até mesmo estimulada pela Igreja, que considera agora o corpo como “morada da alma”; século XIII, Salerno (atual Itália) primórdios de intervenção estatal em saúde e sobre a prática e a formação médica; <i>Regimen Sanitatis Salernitanum</i> , obra do século XII que teve notoriedade e divulgação na Europa até o século XIX. Um trecho: “A mente mantenha livre de cuidados, e de ira o coração / Não beba muito vinho, ceie pouco, levante cedo, / Depois de comer ficar sentado causa danos / quando sentir as necessidades da natureza, / não as retenha, pois isto é muito perigoso. / e use ainda três médicos, primeiro o Doutor Descanso, / Depois o Doutor Alegria, e o doutor Dieta”; na Suíça: advento de uma espécie de médico de Família, com atendimento à nobreza e à aristocracia eclesiástica – o médico de Câmara; saúde pública nas cidades exercida por um conselho seletivo, com mandato temporário e geralmente formado por não médicos. Apesar de todo o atraso científico e social da época, havia certa ênfase na educação e na promoção de hábitos higiênicos e de saúde, conforme se aprecia no <i>Regimen</i> de Salerno.

Fonte: Autoria própria

Como se vê, quando se fala de Atenção Primária à Saúde ou mesmo de Atenção Básica ou Saúde da Família, não se está lidando com conceitos e práticas rigorosamente novos, pois já tinham sido pensados e experimentados em variadas sociedades, durante um longo período de tempo. Isso faz do objeto deste capítulo um tema ao mesmo tempo novo e antigo, o que significa que o passado, por mais remoto que seja, oferece contribuições para a completa apreensão desses conceitos, da maneira como são entendidos e praticados nos dias atuais.

Mas qual seria o significado da proteção à saúde que se instaura no contexto da modernidade? Mais uma vez, na história, tudo começa antes do que parece. Rosen (1994) destaca a existência de uma verdadeira façanha sanitária medieval, em que pesem as limitações políticas e científicas inerentes a tal período histórico, e que se traduz, por exemplo, pelos esforços em lidar com os problemas sanitários urbanos, com a criação de medidas de saúde pública mais tarde consagradas, tais como a quarentena e ainda pela atuação da Igreja Católica e das organizações comunitárias, na criação dos hospitais e outras instituições voltadas para o cuidado médico e a assistência social, entre outros.

Assim, mesmo que algumas das bases das práticas de saúde modernas calcadas na proteção social coletiva já estivessem lançadas desde a Antiguidade e a Idade Média, as transformações que ocorrem a partir do século XVI é que se tornam cada vez mais expressivas. Nesse período, as políticas sociais e de saúde que nascem na Inglaterra passam a ter especial relevância, dado o fato que, neste país, ocorre de forma precoce, em relação a outras nações, a ascensão da burguesia ao poder e suas decorrências políticas econômicas e sociais, entre as quais podem ser destacadas: (a) A revolução tecnológica (Primeira Revolução Industrial); (b) A urbanização acelerada; (c) A formação gradual de uma nova classe, o proletariado urbano; (d) O advento de legislação de proteção social, tendo como parâmetro a Lei dos Pobres de 1601; (e) O aparecimento de um pensamento social em saúde (POLANYI, 1980).

Mudanças políticas posteriores, como aquelas ocorridas na Europa na primeira metade do século XIX – a *Age of Revolution* de Hobsbawn (1994) –, acabam por favorecer uma mudança qualitativa do caráter da ação pública em saúde, transformando as noções de concessão e repressão, anteriormente vigentes, em noções de direito e justiça social. Neste particular, os anos transcorridos entre 1840 e 1854 são bastante expressivos com relação a tais mudanças, configurando o que Krieger e Birn (1998) denominaram de “o surgimento de um movimento social e de uma profissão”, correspondendo a grandes mudanças políticas e culturais em todo o mundo ocidental, dentro do conjunto de fenômenos que se convencionou chamar de “Primavera dos Povos”. Foi assim que a saúde se transformou em assunto público e o estado de saúde, doença e bem-estar

da população a ser considerado reflexo da ação política. É construída, assim, a Saúde Pública moderna sob a égide da justiça social, na qual a assistência à saúde voltada para todos os cidadãos passa a fazer parte do cardápio social dos Estados modernos, no qual se inclui o que se chamaria mais tarde de APS.

Foi na Inglaterra que ocorreu, ainda, de forma coerente com seu processo de desenvolvimento político, o grande marco da proteção social, a Lei dos Pobres, promulgada pela Rainha Elizabeth I em 1601 e em vigência ao longo dos dois séculos seguintes. Teve como característica principal a atribuição de responsabilidades às freguesias (*parishes*) pelo cuidado de seus pobres, antecipando, curiosamente, uma tendência contemporânea das políticas sociais que é a descentralização. A proteção, no caso, era marcada por forte ênfase no trabalho, refletindo a máxima protestante de que “mentes vazias são oficinas do demônio”. Com isso, criou-se oferta de mão de obra para as manufaturas nascentes, por meio das instituições de formação e adaptação ao trabalho, as *work houses*.

As primeiras décadas do século XIX marcaram, profundamente, não só os rumos do capitalismo inglês, como a formação das políticas de proteção social, pois se tornou necessário recuperar as precárias condições de vida e saúde da população, como aumento alarmante das tensões e agitações nas ruas. Afinal, a industrialização, que já datava de um século, buscava agora novos e mais amplos mercados e incorporava tecnologias e recursos cada vez mais diferenciados. Nesse aspecto, o ano de 1834 representa um marco, pois corresponde ao momento em que a Lei dos Pobres, que vigorara por mais de 200 anos, é revogada, correspondendo à formação definitiva de um verdadeiro mercado de trabalho competitivo na Inglaterra (POLANYI, 1980).

A lógica de mercado via-se, assim, tolhida pelas péssimas condições de vida da população. Nesse aspecto, a literatura clássica inglesa, seja em Swift, Dickens, Austen e outros autores do período, fornece descrições de grande impacto, até os dias de hoje. Rosen (1994) expõe tal situação em tintas quase surrealistas, mesmo para a atualidade: as cidades eram extremamente insalubres; as epidemias e as doenças de massa grassavam sem qualquer controle e matavam milhares de pessoas em cada surto; havia um número incredivelmente alto de botequins e estabelecimentos congêneres, e o alcoolismo já era um flagelo social; as condições de saneamento básico eram sofríveis (em certos setores de Manchester não havia mais do que uma privada disponível para mais de 100 pessoas!), e assim por diante.

Ainda dentro dos marcos das mudanças sanitárias ocorridas na Grã-Bretanha, merece destaque a criação de um tipo de instituição alternativo ao secular hospital, ou seja, o dispensário. Já no século XVII, há notícias desse tipo de serviço público, mas sua

oficialização começa a se dar no último quartel do século XVIII, quando o médico londrino Armstrong cria uma unidade para atendimento a crianças pobres em um bairro popular, seguidas de outras em diversas cidades do país. Os dispensários ofereciam também cuidados em domicílio, inclusive atendimento obstétrico e, de modo geral, destinavam suas atividades às parcelas mais pobres da população (ROSEN, 1994).

Cabe aqui breve digressão sobre uma situação peculiar do Reino Unido, qual seja a prática médica generalista, realizada sob auspícios estatais, cujos profissionais, conhecidos como GP (*General Practitioners*) têm presença marcante no sistema de cuidados à saúde daquele país desde o século XIX. Segundo Brotherston (1971), a emergência desse tipo de prática se dá no início do século XIX, associada às mudanças rápidas de natureza comercial e industrial ocorridas na sociedade inglesa da época. Havia, anteriormente, cerca de três categorias de praticantes de saúde, os *physicians* (médicos clínicos), os *surgeons* (cirurgiões) e os *apothecaries* (espécie de farmacêuticos), frutos de um sistema que remontava há cerca de 300 anos, mas cujo estatuto foi modificado, por meio de unificação, ao longo das primeiras décadas do século XIX, mediante intervenção estatal, em processo extremamente conflituoso, tanto na sociedade como nas corporações.

A unificação da profissão médica no Reino Unido ocorreu finalmente por meio de um *Medical Act* entre 1830 e 1858, período em que também se registram grandes transformações na formação médica. Faz parte do cenário da época, também, a proposta de se criar uma *lower order of practitioner*, para atendimento às populações rurais pobres, prontamente rebatida pela *British Medical Association*, por razões que ainda hoje soariam corretas, por denunciarem uma medicina pobre para pobres. Nos últimos anos do século XIX, ocorreram restrições à prática dos GP, correspondendo ao que o mesmo Brotherston (1971) denomina de *the rise and the fall of the GP*, devido à tendência ao crescimento das especialidades médicas cirúrgicas e dependentes de tecnologia, efeito que persistiu mesmo pelo século XX afora e que só foi posto sob controle com o advento do NHS, a partir de 1948. Uma frase de Bernard Shaw, citada pelo mesmo autor, reflete bem algumas das contradições a que estavam submetidos os GP ao final do século XIX: *To make matters worse doctors are hideously poor... Better be a railway porter than an ordinary English GP.*

É na Inglaterra, também, onde surgem mudanças importantes na forma de organização dos sistemas de saúde, com ênfase nos cuidados básicos, ainda nos primórdios do século XX. Isso provoca influências em todo o mundo ocidental, configuradas, por exemplo, na concepção de assistência à saúde dos *welfare states*. Assim, aproximadamente em 1920, um *white paper*, subscrito por Lord Dawson of Penn, uma autoridade médica

do sistema público da época, propunha a diferenciação dos serviços de saúde em três níveis de atenção, primário, secundário e de hospitais docentes, o que veio a fornecer as bases para todos os sistemas contemporâneos de Atenção Primária à Saúde, regionalizados e hierarquizados. Da mesma forma, foi por meio dessa diferenciação de níveis que ganharam substâncias as propostas de Atenção Primária à Saúde que se implantaram em muitos países do mundo, na segunda metade do século (STARFIELD, 2001).

Um breve percurso relativo ao processo de formação das políticas de saúde convergentes para a Atenção Primária à Saúde em outros países europeus é mostrado no quadro seguinte:

Quadro 2 - Formação histórica da atenção primária à saúde

FRANÇA

Berço do iluminismo, do racionalismo e do reconhecimento dos direitos do homem; liderança europeia das ações públicas na área social e na saúde já nas primeiras décadas do século XIX; 1790: *Comité de Salubrité* responsável por educação médica, saneamento das cidades, medicina forense, saúde animal e controle das epidemias, além de higiene do comércio de alimentos, banheiros públicos, presídios, atendimento a emergências, ambientes de trabalho, as estatísticas de morbimortalidade; médicos com funções de autoridade sanitária em cada departamento, com atribuições de cuidar dos indigentes, proteger a saúde das crianças, promover inoculações contra a varíola, notificar as epidemias, produzir relatórios sobre a situação de saúde local; ideia consensual de que ao Estado competia proteger a saúde dos cidadãos e de que a doença estava relacionada à indigência; além das influências ideológicas iluministas da Revolução Francesa, a proteção social era inspirada também na caridade cristã, desde o século XVII, com o trabalho social desenvolvido por São Vicente de Paula, fundador da SSVP, instituição ainda hoje responsável por dispensários, asilos, creches e outras formas de abrigos para inválidos e deserdados, erigidos sob o princípio da dignidade e do direito à vida; Revolução Francesa: substitui a noção cristã de caridade por uma noção laica de justiça; século XIX, a assistência à saúde, predominantemente hospitalar, incorpora o princípio da *assistance à domicile*, dentro do qual se inserem a livre escolha do médico por parte dos pacientes, o reembolso de despesas, a garantia de atendimento especializado e hospitalar.

ALEMANHA

País tardiamente integrado ao conjunto dos estados-nações europeus graças ao Chanceler Bismarck (cerca de 1870); pensamento social em saúde intervencionista e autoritário desde o século XVI, coerente com o absolutismo e o mercantilismo; conceito alemão de polícia médica (*Medizinalpolizei*); preocupação alemã com a saúde é anterior à inglesa e francesa, só não tendo se concretizado como política nacional efetiva por causa da tardia unificação alemã; 1665, Seckendorff define as finalidades da ação governamental em saúde: bem-estar e a proteção da saúde, crescimento da população, supervisão do trabalho das parteiras, amparo aos órfãos, designação de autoridades sanitárias, inspeção de alimentos, prevenção de hábitos nocivos, saneamento básico e assistência à pobreza; Leibnitz, cientista, filósofo e político do século XVII: responsabilização dos governos pela saúde da população, com ênfase à investigação quantitativa dos fenômenos de saúde e de doença; Frank, final do século XVII: monumental obra sobre a *Medizinalpolizei* – médico, educador e administrador e um erudito pensador, defendia a tese de que a saúde do povo é uma responsabilidade do Estado, com ideias humanistas e iluministas, uma minuciosa descrição de um sistema de proteção à saúde, tanto no campo público como no privado, além de temas tais como a prevenção de acidentes, as estatísticas vitais, a medicina militar, a administração hospitalar, as doenças venéreas, epidêmicas e transmissíveis; século XIX: Virchow, Neumann e Leubuscher: inclusão de novas questões, como a saúde do trabalhador industrial, o licenciamento médico, as medidas de proteção específica contra as doenças transmissíveis, recém-preconizadas pela Revolução Científica; influências da polícia médica alemã se estendem ao longo do século XX com a criação dos sistemas de previdência social modernos.

continua

ESTADOS UNIDOS

Ideias sanitárias de proteção coletiva e intervenção urbana, ao feitiço inglês e francês, já haviam sido empregadas em Nova Iorque desde o ano de 1795, por ocasião de uma epidemia de febre amarela; século XIX, primórdios de uma organização sanitária, inicialmente incorporada ao aparato policial; Nova Iorque, cidade sujeita a frequentes epidemias, foi pioneira, criando, a partir da primeira década do século, uma administração permanente para a saúde; figura da autoridade sanitária (inspetor sanitário da cidade), com mandato estatal, com funções que incluíam a administração da saúde, o saneamento ambiental, o controle das epidemias e outras doenças e a estatística vital; condições de saúde tão ou mais precárias do que as da Europa (urbanização descontrolada, imigrações); práticas de saúde pública traduzidas por frequentes e extensivos inquéritos; problemática urbana, fator dominante; cerca de 1845: movimento por uma reforma sanitária nacional, com ênfase nas responsabilidades locais; participação social: inúmeras e influentes entidades civis voluntárias de luta pela saúde; administração nacional de saúde (*National Health Department*) criada por volta de 1879.

Fontes: (THÉVENET, 1973; SINGER, 1979; ROSEN, 1994)

Assim, ao longo do século XX, dá-se a construção dos sistemas clássicos de bem-estar social, em sua feição europeia contemporânea, como é o caso da Inglaterra, dos países nórdicos, bem como de outras nações se deu no pós-guerra e em toda a década de 50 e 60. Nesses sistemas, a Atenção Primária à Saúde ganha maior relevância, ao ponto de se transformar em verdadeiro marco de alguns deles. São países nos quais o *welfare-state*, associado na origem aos nomes de Keynes e Beveridge, encontra-se mais bem desenvolvido, tendo como característica principal a proteção governamental compulsória, seja em termos de renda, de alimentação, de saúde, de educação e também de habitação, assegurada a cada cidadão, não mais como caridade ou concessão do Estado, mas como um direito.

Em resumo, a origem histórica de tais sistemas de proteção coincide com a formação dos Estados nacionais e os processos de industrialização e urbanização, na medida em que as nações começam a se distanciar do liberalismo, em direção a um modo mais social de gestão dos negócios estatais, que promovem o que Viana (1997) denomina de um “tipo particular de arranjo entre o Estado, o mercado e a sociedade”, simbolizando dessa forma um “duplo compromisso”: entre o Estado e o mercado e entre a democracia e o capitalismo.

2. A APS e a crise no setor saúde

Se o século XX teve sua trajetória marcada pelas mudanças e, ainda mais, pela sua rapidez e pela sua universalidade, as políticas sociais, sem dúvida, foram caudatárias diretas dessas características. Como aponta Hobsbawm (1994), sucedem-se anos do otimismo, nos quais teria havido uma verdadeira revolução social, entre o final da década de 40 e os anos 90. Em tal período a urbanização foi progressiva e também houve redução numérica acentuada do campesinato na maioria dos países, com necessidade cada vez maior do acesso à educação mais sofisticada e mais tecnológica em toda parte, acompanhada também do declínio numérico e de perda de prestígio e poder política da classe operária industrial – o proletariado histórico. Um novo ator social aparece então: as mulheres, cada vez mais escolarizadas e inseridas no mercado de trabalho, inclusive quanto aos seus segmentos anteriormente excluídos de mães e esposas. Esses fatos, certamente, compõem um pano de fundo abrangente para as transformações da

política social ocorridas ao longo do século e, particularmente, em sua segunda metade, e influenciaram, sem dúvida, o advento de políticas de APS em todo o mundo.

Como resultado dos já referidos arranjos entre Estado, mercado e sociedade, típicos do período histórico de diferenciação, crise e expansão do capitalismo, originam-se padrões distintos de intervenções do Estado sobre a vida social, organizadas em torno de dois eixos, o primeiro, universal/seguridade, típico da Escandinávia e do Reino Unido, e o segundo, ocupacional/seguro, vigente nos EUA, Japão e alguns países da Europa ocidental (VIANA, 1997). Na primeira modalidade, naturalmente, as propostas de APS ganharam mais força.

Em relação aos sistemas da saúde, já no final do século XIX, detecta-se, na Europa principalmente, uma “primeira onda” de reformas, caracterizada por financiamento subsidiado estatal e programas específicos para os mais pobres e trabalhadores de baixa renda, tendo como paradigma o caso inglês (sanitarismo), com desdobramentos inclusive no século XX. Uma segunda onda seria aquela advinda da crise do pós-guerra, cujo exemplo típico é a formação do *National Health System* britânico, com extensão da atenção e inclusão do acesso aos cuidados de saúde entre os direitos de cidadania, com marcante influência na formação dos sistemas contemporâneos fundamentados na APS.

Ocorreu, todavia, um terceiro momento de reformas na saúde, este mais complexo, iniciando ainda nos anos 60, com a expansão pura e simples da assistência, seguido, em anos mais recentes, de uma crise desse modelo e a necessidade de formulação de uma agenda pós-*welfare* (ALMEIDA, 1996), o que veio a colocar em risco e sob forte crítica os sistemas de proteção social.

O caso da saúde tem, entretanto, particularidades importantes, quando analisado do ponto de vista das reformas e crises. A estruturação de sistemas nacionais de saúde pode fazê-los voltados para Atenção Primária à Saúde ou, com a distinta orientação para o mercado e as práticas especializadas e tecnológicas. Na verdade, a “primeira onda” de reformas corresponde ao período em que as opções se diversificaram, particularmente no contexto europeu, em que os avanços sociais obtiveram maior primazia quando comparados mesmo aos países avançados da América do Norte ou do Oriente. O problema é que, além das alternativas clássicas baseadas no financiamento por fundos públicos fiscais, com garantia de acesso, gratuidade e integralidade ou então naquelas baseadas em seguro e pagamento compartilhado, com acesso condicionado pela condição de emprego e mérito, um terceiro modelo, dito de mercado, se impõe, tendo como características principais a organização a partir das capacidades de compra e consumo de seus usuários (cidadãos-consumidores) ou das empresas às quais estes



estão vinculados, sendo este é o padrão que vigora nos EUA e no Japão, por exemplo, que constituem justamente países em que a APS como política pública é menos expressiva.

A crise dos sistemas de bem-estar social, traduzida pela intromissão da alternativa de mercado, afetaria assim diretamente a dinâmica da APS. Uma abordagem de fundo político – e não apenas de viés econômico ou tecnológico – certamente torna-se relevante para a compreensão de algumas contradições que afetam o modelo de APS, como aquele adotado no Brasil, por exemplo, construído com fortes embates entre as tendências economicistas, racionalizadoras e regulatórias, de um lado, *versus* as arenas onde se defrontam atores sociais diversos, em permanente disputa por assistência, recursos, poder e direitos.

São várias as possibilidades de interpretação quanto às implicações da reforma dos sistemas de proteção social não só em relação à APS, como também com foco em outros avanços obtidos ao longo das décadas em que tais sistemas foram construídos. A seguir são apresentadas as posições de dois autores de nacionalidades, filiação institucional e (provável) inserção ideológica diferentes, que, sem dúvida, abrem caminhos para novos padrões de análise da questão em pauta: Berlinguer e Saltman.

Berlinguer (1999), legítimo representante da esquerda europeia, acredita que o impulso humanitário ainda é uma força poderosa, o que não impede que se considere a presença no cenário de outras forças, igualmente poderosas, mas não necessariamente antagônicas à primeira, representando a convergência entre o *self-interest* e o altruísmo. Da mesma forma, visões mais utilitaristas, ou mais contratualistas, podem mostrar-se capazes de inclinar-se diante de tal convergência. Na verdade, aponta o autor, a saúde não se constitui apenas num bem individual, mas sim em algo indivisível, o que é corroborado pelo fato de que as pessoas mais saudáveis são aquelas que vivem em ambientes mais equitativos e plenos de coesão social. A saúde não seria, apenas, o resultado de um jogo de soma zero, ou um bem que apenas necessitaria de ser mais bem distribuído – a equidade na saúde, lembra o autor, equivaleria a um importante fator multiplicador.

Ainda segundo esse autor, a questão da saúde não se reduziria a seus termos científicos de mensuração, pois ela não pode ser alcançada plenamente a não ser por meio de progresso cultural e moral. Nesse aspecto, as décadas recentes mostraram forte progresso do pensamento bioético, em termos universais, com consequências palpáveis na vida das pessoas, seja em termos individuais ou coletivos, por exemplo, na promoção de discussões sobre a comercialização de órgãos humanos e também na “racionalização” do cuidado à saúde.





O outro autor aqui considerado, Saltman (1997), representaria um pensamento liberal (no sentido que se dá a esse termo nos EUA), de feição anglo-saxônica. Para ele, a questão das reformas em saúde é um tema a ser conduzido diante de determinados balizamentos, por exemplo, buscando um equilíbrio entre *damage to existing levels of equity*, de um lado, e as mudanças na organização do provimento de cuidados e do próprio papel do Estado, de outro. Almeja-se, assim, o que o autor chama de *effectively redressed all or cost off the current inequities*, defendendo ainda que são as questões intersetoriais, como o financiamento, e não exatamente as questões internas do setor saúde, que definem de fato a iniquidade que se verifica nos sistemas atuais de prestação de cuidados. Sendo assim, adverte esse autor, os esforços de solução da crise devem ser focalizados em outro lugar (*the central effort must be placed elsewhere*). Isso não autorizaria, por certo, uma troca de prioridades na ação, com o abandono da luta intrasetorial de melhoria do sistema de cuidados e nem mesmo a abstenção da responsabilidade pública na questão. Da mesma forma, a busca da equidade não pode estar separada da eficiência e da efetividade dos sistemas de saúde. Aliás, adverte o referido autor, os cidadãos em geral e, particularmente os pacientes, sabem que programas intersetoriais, isoladamente, não substituem os serviços de saúde em sua ação típica. Em termos práticos, reformas setoriais que têm seu processo de condução demasiadamente agressivo, ao requererem mudanças substantivas nos comportamentos lucrativos e ao afetar interesses poderosos, resultam frequentemente em fracassos retumbantes.

Conclui o autor que uma política de saúde apropriada deve levar em conta tanto os aspectos externos ao setor saúde como os internos e, de forma simultânea e não menos vigorosa, transformando-se em instrumentos mutuamente complementares, mais do que meras estratégias de aprimorar a equidade, *tout court*.

Assim se vê que ambos os autores convidam a pensar para além dos paradigmas de mercado, deixando de lado alguns preconceitos, inclusive ideológicos, ao levantar questões tais como o fundamento ético e moral das reformas, a multiplicidade das questões que acarretam a saúde e a doença na sociedade humana, a responsabilidade dos dirigentes, dos cientistas e dos técnicos, a questão da equidade, as escolhas sempre imperativas, e assim por diante. Berlinguer coloca ingredientes filosóficos, bem como fundamentos éticos e morais na discussão. Saltman lembra que as reformas são realmente necessárias, e até indispensáveis, para a sobrevivência do que se construiu ao século XX como bem-estar social. Ambos, porém, alertam que é preciso estar atentos não estritamente ao equilíbrio econômico dos sistemas, mas a questões igualmente tangíveis, e de repercussão não menos deletéria, como é o caso da ética e da equidade.

Enfim, permanecem questionamentos a respeito daquelas polaridades das políticas de saúde, bem expressas no caso dos programas voltados para a APS? Como, afinal, se resolveria o embate entre o caráter racionalizador e focal nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais no terceiro mundo e uma política social pautada pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade? E ainda: tal política se veria sustentada por marcos ideológicos e conceituais gerados em contextos estranhos à realidade brasileira, ou representaria um processo legítimo de construção social de forma adequada ao momento político da sociedade brasileira?

É fato notório, todavia, que a APS não soçobrou nas crises da saúde, embora se veja ameaçada aqui e ali. Na verdade, ela tem sido até incorporada, mediante alguns de seus componentes, em algumas propostas de sistemas de atenção que primam pela orientação ao mercado, como aquele vigente nos EUA. Com efeito, novas modalidades de *managed care* têm se apoiado em princípios e práticas sintonizadas com a hierarquização dos cuidados, integração entre prevenção, assistência e cura; introdução de conteúdos de promoção da saúde; atenção continuada e integral como base organizacional; atuação de médicos generalistas integrados a outros profissionais de saúde como uma equipe; colaboração intersetorial, autorresponsabilização, entre outras características que originalmente pertenciam à APS. Além disso, relatam-se evidências que os sistemas de saúde centrados na APS vêm se tornando mais numerosos no mundo (STARFIELD, 2001).

3. A APS no Brasil e os organismos internacionais

Os organismos internacionais de fomento financeiro e cooperação técnica têm sido também atores influentes na formulação das políticas próprias dos países assistidos, entre elas as relativas à APS. Que essas influências obedecem, ou tendem a obedecer, a prescrições voltadas para os interesses hegemônicos e estratégicos dos países centrais pode ser apenas uma consequência da lógica maximizadora que organiza o mundo capitalista contemporâneo. Independentemente disso, porém, é preciso qualificar e determinar qual a natureza dessa influência e sua dinâmica no que diz respeito às políticas internas dos países assistidos. Considerar-se-á, aqui, a atuação do sistema OPAS/OMS, deixando claro, entretanto, que ele, pelo menos no contexto da última década, vem perdendo substancialmente sua importância e influência na formulação das políticas dos países membros, em favor do Banco Mundial e de outros organismos de fomento financeiro, mais recentemente autoassumidos como “bancos de ideias”, além de bancos de recursos.

Caberiam também algumas palavras sobre o processo de difusão das propostas externas aos países dependentes. Segundo Testa (1992), ao analisar justamente o conceito de Atenção Primária à Saúde, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais,

propostas como estas costumam ser geradas em contextos radicalmente diferentes daqueles aos quais se destina sua aplicação. Com efeito, nas realidades de origem dos programas, o que se tem é uma relativa abundância de recursos, com organização definida dos sistemas de saúde, além de certa “disciplina social”. No lado oposto, o dos receptores, o que prevalece é um tripé caracterizado pela escassez de recursos, “indisciplina social” e uma “incoerência entre as formas organizativas e os propósitos que se pretende alcançar”, além de um quadro de ineficiência e ineficácia, articulado com a multiplicidade institucional. Destarte, tal situação de desigualdade entre os países acaba por resultar na acentuação da dependência mediante o que poderia se transformar em “cópia ineficaz” daquilo que é funcional em outras realidades.

Assim, segundo o mesmo autor, uma resignificação das propostas geradas externamente deve ser promovida, quanto ao que o autor citado acima não é otimista, partindo-se de uma reconceituação totalizante das propostas importadas, de forma a apreender categorias autóctones, tais como contexto político, participação e ideologia dos grupos sociais, tecnologia disponível no setor, além das relações que tais elementos possuem com a sociedade global e seus conflitos. Nesse aspecto, o esforço despendido no Brasil com a formulação e a implantação do PSF parece ter sido especialmente bem sucedido, na medida em que o programa guarda coerência intensiva com a realidade nacional.

A atuação dos organismos internacionais do sistema das Nações Unidas, particularmente da OPAS, que tem grande influência em países como o Brasil, longe, entretanto, de se constituir em fonte exclusiva de *expertise* e cooperação técnica, teria como elementos conceituais: (a) A “compreensão do contexto”, incluindo aspectos econômicos, força dos grupos de pressão, estilo de vida e fatores do “entorno”; (b) Uma nova maneira de pensar a saúde, não como medição de resultados, mas como processo e recurso, de forma dinâmica e envolvendo a sociedade e os indivíduos; (c) A recolocação de problemas e prioridades, mediante o reconhecimento da complexidade das circunstâncias que envolvem a saúde e a doença e o aprofundamento da visão social; (d) A integração de novos atores sociais, de forma a incluir a população no processo decisório; (e) Integração do pensamento político, os “laços com a ação política” (KICKBUSH, 1996).

Algumas das tônicas das propostas dos organismos do sistema OPAS/OMS têm sido, nas últimas duas décadas, a Extensão de Cobertura, a Atenção Primária à Saúde, a Saúde para Todos, as quais têm contribuído para o aparecimento de propostas políticas de reformas dos sistemas de saúde, capitaneadas por esses organismos. Entre tais propostas, merecem ser consideradas: (a) Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS); (b) A estratégia de Promoção da Saúde e; (c) O enfoque na pobreza, apresentadas de forma sintética no quadro seguinte.

Quadro 3 - Propostas internacionais convergentes com a APS

SILOS – SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

- Proposta decorrente de demandas oriundas dos países membros, formuladas durante a década de 80, a partir de um consenso em torno de se promover mudanças nos sistemas e serviços de saúde da região, para torná-los mais capacitados ao atendimento das necessidades da população, especialmente dos grupos sociais considerados mais vulneráveis e desprotegidos. “Uma estratégia social adotada pelos países para prosseguir nos esforços de alcançar a equidade social necessária aos processos de democratização e desenvolvimento”.
- Articulação com palavras de ordem gerais da organização: fomento da APS e o alcance da meta de “saúde para todos no ano 2000”.
- Respostas às necessidades e às demandas dos diferentes grupos sociais, em função dos riscos a que estejam submetidos.
- Bases: participação social e desenvolvimento das “comunidades saudáveis”.
- Coerência de tais sistemas com as características políticas, administrativas, socioeconômicas e culturais da realidade onde se inserem, além da integração e articulação com os diversos níveis políticos e organizativos (OPAS, 1993).

PROMOÇÃO DA SAÚDE

- Deriva das formulações de Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá no início dos anos 70 e condutor político da reforma do sistema de saúde desse país.
- Fundamenta-se nos fatores responsáveis pela saúde das pessoas e das populações (campo da saúde): (a) A biologia humana; (b) O meio externo; (c) O estilo de vida e; (d) A organização da atenção à saúde.
- A partir desse conceito, são estabelecidos os objetivos da promoção da saúde, igualmente distantes do preventivismo e do enfoque curativo também restrito; verdadeiro “mapa do território da saúde”, um potente instrumento de análise da saúde e das condições de vida capaz de abarcar a totalidade dos fatores determinantes, em uma visão unificadora do processo saúde-doença, por meio da facilitação da mediatização entre os problemas e as causas, além do esmiuçamento de cada componente.
- Papel menos relevante exercido pelo fator organização da atenção em relação aos demais componentes.
- Documento básico: Carta de Ottawa, resultado de uma reunião internacional sobre o tema realizada no ano de 1986. É uma “carta de princípios” que tem como enfoques centrais os aspectos conceituais e operacionais da promoção da saúde, bem como a ênfase na participação ativa no processo de promoção da saúde, propondo as estratégias das “políticas públicas saudáveis” e dos “ambientes favoráveis à saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 199_).

continua

continuação

ENFOQUE NA POBREZA

- Não é uma política explicitamente preconizada pelo sistema OPAS/OMS, mas uma preocupação que permeia seus documentos, acentuada em anos mais recentes.
- Especial destaque no momento presente, em que outros organismos internacionais, como o Banco Mundial, parecem estar assumindo progressiva e alternativamente o papel de formulador de propostas de saúde para os países periféricos.
- Pobreza caracterizada como: habitação em áreas geográficas mais ou menos definidas, existência peculiar de segmentos vulneráveis, geralmente nos grupos maternos e infantis, necessidade de ênfase preventiva na abordagem de seus problemas e, finalmente, atuação do sistema de saúde por meio de focalização de cuidados.
- Combate à pobreza pressupõe não só a implementação de medidas de natureza econômica (geração de renda e emprego, por exemplo), como também provisão adequada de serviços assistenciais sociais básicos à população mais pobre, como os de saúde – matriz fundamental das recomendações sob o título genérico de “políticas contra a pobreza”, aí incluindo a Atenção Primária à Saúde, o saneamento básico, o planejamento familiar, os programas nutricionais, a educação para a saúde e a melhoria das condições de habitação (MESA LARGO, 1992).

Fonte: Autoria própria

4. O caso brasileiro: ideologia e ação política

Como se verá a seguir, a história das propostas de APS no Brasil remonta há 80 anos, porém é na década de 60 que se situam alguns dos eventos-chave para o entendimento da formação das ideias que acabaram desembocando no caudal que deu origem ao Programa de Saúde da Família no Brasil.

Paim (1997) resgata um pouco da história de tais ideias, a partir dos movimentos do preventivismo e da saúde comunitária e também de uma produção teórica e crítica da saúde coletiva no Brasil, chamando a atenção para uma “luta contra-hegemônica” que envolveu a construção de novos modelos de atenção à saúde. Assim, mediante seus componentes de saber, ideologia e ação política, teria ocorrido o deslocamento de uma ênfase centrada meramente nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes, com práticas de saúde imbuídas de caráter social e dimensões simultaneamente técnicas, políticas e ideológicas.

Esse mesmo autor percorre a trajetória de alguns dos paradigmas de saúde-doença, entre eles o PSF, destacando que uns foram elaborados em contextos externos ao País, sendo apenas atualizados no Brasil. É assim que certo movimento ideológico passaria

a possuir um caráter de ação política, conduzida por atores dos serviços de saúde, da academia e da sociedade como um todo.

Um dos paradigmas que fazem parte de tal percurso é o da Medicina Comunitária, com raízes vinculadas tanto à crise do capitalismo como ao impacto dos resultados dos *welfare states* na Europa ou ainda à formação do *National Health System* no Reino Unido. Essa vertente estaria também associada à política externa norte-americana dos anos 60, voltada para os países pobres da América Latina, também conhecida como Aliança para o Progresso, que difundiu nos países-alvo sua proposta de saúde, com o apoio das agências internacionais. É dessa forma que surgem programas experimentais, geralmente abrigados em universidades, em diversos países, inclusive no Brasil, que propõem modelos de assistência com extensão de cuidados à saúde às populações pobres.

A medicina comunitária viria a ter seu substrato teórico, político e ideológico consagrado e expandido na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978 (WHO, 1978), a partir da qual ela praticamente se confunde com a grande palavra de ordem gerada no evento: Atenção Primária à Saúde (APS). Suas propostas se organizam em torno de alguns elementos estruturais, os quais, segundo Silva Jr. (1998), são: (a) Coletivismo (embora criticado como “restrito”); (b) Integração da promoção, prevenção e cura; (c) Desconcentração de recursos; (d) Adequação das tecnologias; (e) Aceitação e inclusão de práticas não oficiais; (f) Novas práticas interdisciplinares e multiprofissionais e; finalmente, (g) Participação da comunidade.

Tais diretrizes sempre estiveram no foco de intensas polêmicas não só no Brasil como em toda a América Latina, com denúncias dirigidas contra as possibilidades de controle sobre a sociedade, imposição de mecanismos de participação social, favorecimento da acumulação de capital aos produtores, manutenção e aprofundamento das desigualdades de acesso, entre outras. Curioso constatar, entretanto, que, em outro momento, particularmente na década de 90, essa crítica se atenua bastante e energias intelectuais vão se concentrar em encontrar soluções, não mais apenas em demolir as propostas colocadas em campo, vistas como eram sob uma ótica fortemente ideológica e até certo ponto “conspiratória” – a ação política de que fala Paim.

Tal superação crítica é comentada por Paim (1997), que aponta certo “renascimento” da Medicina Social nas décadas de 70 e 80, como um paradigma alternativo ancorado nas concepções fundamentais relativas à determinação social do processo saúde-doença, bem como na dinâmica do processo de trabalho em saúde e, dessa forma, passaria a orientar as propostas democratizadoras e de reforma do sistema vigentes na década de 80, aliás, incorporadas na Constituição Brasileira de 1988.

Do ponto de vista do histórico da APS, adquire especial importância uma publicação da Organização Mundial da Saúde, resultante de uma reunião de um “comitê de experts”, intitulada *Training of the physician for family practice* (WHO, 1963), na qual aparecem o escopo e os objetivos da Medicina de Família, referidos como acesso direto da clientela; continuidade da atenção; cuidado ao grupo familiar; ênfase na prevenção e promoção da saúde; responsabilização profissional; além de provimento de capacitação e atividades de pesquisa. Entre outros desdobramentos, a partir de 1966, tal movimento se dissemina nos Estados Unidos, favorecido pela poderosa *American Medical Association* (AMA), e até mesmo sua incorporação oficial, como uma política nacional para a formação profissional, também alcançando outros países, particularmente Canadá e México, já na década de 70. Paim (1986) aponta o fundamento ideológico de tal movimento, com um conjunto de práticas que busca substituir a formação especializada e técnica dos médicos pela atenção integrada e completa. Registram-se, a partir daí, vertentes de interpretação mais “saudosistas”, de resgate histórico de antigas práticas sepultadas pela tecnificação e pela mercantilização, em contraposição a concepções “racionalizadoras”, preocupadas com a redução de custos e a contenção de tecnologias.

No caso brasileiro, os desdobramentos ideológicos conflituosos se acentuam a partir da década de 70, com os fortes embates existentes entre a Medicina Geral Comunitária (MGC), inspirada no modelo americano de Medicina de Família, com valorização dos conteúdos clínicos na formação *versus* a Medicina Social e suas congêneres, com pressupostos metodológicos inspirados na utilização das ciências sociais em saúde e voltados para uma ação racionalizadora na organização dos cuidados de saúde. A própria expressão médico de Família, característica da primeira vertente, experimentou percalços significativos em sua trajetória, sendo frequentemente rejeitada ou substituída por outras como “clínico-geral”, “médico-geral” ou simplesmente “médico”.

Aqui cabe a pergunta: que fatores influenciaram as transformações ocorridas nesses conceitos e práticas, permitindo, entre outras coisas, a passagem de um movimento ideológico a uma ação política, conforme a expressão de Paim? Com efeito, a redemocratização do País abriu possibilidades para a ação política, à luz do dia, exercida mediante parcerias institucionais ampliadas, envolvendo novos e diferentes atores sociais. De maneira diferente das décadas anteriores, quem agora estava com a palavra e a vez não eram apenas as academias, nem os organismos internacionais, nem mesmo os órgãos centrais de governo. Havia simplesmente novos atores no jogo, os quais passaram também a formular e colocar em prática novas propostas no cenário – os municípios – como de resto o fizeram em relação a todo um conjunto de políticas públicas a partir dos anos 90 (MENDES, 1991; ESCOREL, 1987; GOULART, 1996).



As transformações citadas tiveram o condão de retirar as propostas de mudança na saúde de um limbo de forte polarização ideológica e fraca operacionalização concreta, para um estatuto diferenciado, de programas oficiais, respaldados não só normativamente, mas também tecnicamente, pelos próprios serviços de saúde, pelas universidades e centros de pesquisa e, ainda, socialmente, por parte de segmentos organizados de usuários. A implantação das reformas do sistema de saúde no Brasil, na década de 80, preliminarmente com as AIS e os Suds e depois com o SUS, com a consequente municipalização das responsabilidades, por certo representou um estímulo fundamental para que os fenômenos de oficialização e ampliação de tais programas acontecessem. Nesse quadro, certamente se inserem outros determinantes, como: o incremento de intercâmbio de modelos com outros países; o desenvolvimento da capacidade formuladora dos organismos gestores; a qualificação da participação social; a ruptura com o caráter meramente demonstrativo e experimental das experiências realizadas nas décadas anteriores, além de outros. Independentemente das causas, o certo é que, na década de 90, políticas de governo como a de Saúde da Família reingressam com novo ímpeto e vigor no cenário da saúde, com evidente capacidade de permanência e enraizamento.

5. Uma pré-história que também é história

Voltando às primeiras décadas do século XX, é aí que estabelece, pela primeira vez na história brasileira, uma política de saúde pública que fizesse jus a tal nome. O que havia, até então, era apenas a proteção a grupos populacionais restritos, por meio das chamadas Caixas de Pecúlio, da medicina para os militares e alguns outros funcionários governamentais, além daquela de origem religiosa ou filantrópica, destinada ao conjunto da população. A situação sanitária do País não podia ser pior: somente a epidemia da chamada gripe espanhola, em 1918, provocou milhares de mortes pelo País afora e havia também muitas outras ameaças permanentes, por exemplo, de varíola, febre amarela, malária, peste, tuberculose e de outras moléstias, mesmo em áreas urbanas, inclusive na capital do País. Nessa época é que surgem e se destacam figuras exponenciais da saúde pública brasileira nascente: Oswaldo Cruz, Emílio Ribas, Carlos Chagas. Do lado da população muita resistência e mesmo revolta com as medidas públicas saneadoras do governo federal, de cunho quase sempre autoritário e unilateral, com frequentes repercussões na imprensa da época, de maneira geral de oposição a elas, principalmente na capital da República (SINGER, CAMPOS, OLIVEIRA, 1979).

Surge, nesse contexto, um novo ator internacional, a Fundação Rockefeller, ligada, como seu nome indica, aos interesses comerciais americanos, que já vislumbravam no Brasil um mercado promissor. A entidade teve atuação destacada no País desde

1909, com ações voltadas inicialmente para doenças específicas, como a febre amarela e a ancilostomíase, deixando outras, curiosamente, como uma espécie de “reserva de mercado” do Poder Público, por meio do antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) – antecessor remoto do atual Ministério da Saúde (COSTA, 1985)

A atuação da Fundação Rockefeller foi objeto, naturalmente, de forte controvérsia. Ligas voltadas para a saúde e o saneamento básico, reunindo parte da intelectualidade sanitária nacional, foram criadas e tiveram muito impacto na época, pelo seu ideário nacionalista e de oposição à ação dos americanos. A influência dessas associações civis, todavia, foi eclipsada à época pela ascensão da liderança de Carlos Chagas, um autêntico prócer da República Velha, que, ao assumir a direção do DNSP, não só favoreceu a ampliação da atuação da Fundação Rockefeller, como consagrou, de fato e de direito, uma divisão relativamente estanque de tarefas sanitárias, entre tal entidade e a DNSP (COSTA, 1985).

Entretanto, nem tudo era reprodução do capital, interesses estratégicos e comerciais, imperialismo – conforme a grita dos críticos. Ou, mesmo que isso tenha existido de fato, a atuação da Fundação Rockefeller trouxe também influências modernizadoras que irão marcar positivamente a política nacional de saúde, de forma inédita até então. Destaque especial para a criação de uma rede de centros de saúde, em fins dos anos 20 e início dos anos 30, principalmente nos grandes centros urbanos do País, em que já mostravam, entre outras características de atuação, vinculação efetivamente estatal; base territorial regional de atuação; desenvolvimento de serviços permanentes (em oposição ao campanhismo emergencial até então vigente); vinculação municipal, e não mais apenas federal das unidades, agora descentralizadas, portanto; ênfase na educação sanitária; inclusão de práticas de saneamento, ou, pelo menos na consideração de tal fator nas condições de saúde-doença; atuação urbana e depois também rural; valorização da epidemiologia e das estatísticas vitais em geral no planejamento, mesmo que ainda precário, das ações de saúde. Bem ou mal, como pode ser visto, as bases para novos modos de atuação dos órgãos de saúde pública no Brasil estava lançada.

A influência norte-americana também se fez notar na formação de sanitaristas brasileiros em universidades americanas, já na década de 20, em particular na conceituada *Johns Hopkins University*, na Filadélfia, considerando ser esta a primeira instituição, nesse gênero do Novo Mundo, profundamente influente, historicamente, nos Estados Unidos e nos demais países das Américas.

Outra consequência da influência americana na saúde pública nacional foi a criação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), como desdobramento de uma série de acordos estratégicos e comerciais entre os EUA e o Brasil, a partir de 1942. Isso fez parte

do esforço aliado de guerra, mediado pela organização governamental norte-americana conhecida pelo nome de Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), em cujas origens estava presente o já conhecido empreendedor capitalista Nelson Rockefeller, patrono da fundação que lhe levava o sobrenome (BASTOS, 1991).

O SESP (depois de 1960, FSESP, convertido que foi em fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde) foi criado para atuar, inicialmente, nas áreas produtoras de borracha da Bacia Amazônica e de extração de minério de ferro, no Vale do Rio Doce, em Minas Gerais, aspectos associados diretamente ao esforço de guerra de então. Logo, entretanto, expandiu-se para outras regiões do País, marcadas pela pobreza e pelas más condições sanitárias e sociais, como era o caso do Vale do Rio São Francisco e da Região Nordeste, além de outras. Nos anos do regime militar teve sua ação estendida também para as áreas limítrofes às grandes rodovias de integração nacional, como a Transamazônica, Cuiabá-Santarém, Cuiabá-Porto Velho e Perimetral Norte, bem como aos projetos Carajás, Jarí e ao garimpo de Serra Pelada. Seu foco de ação compreendia a assistência individual, as ações preventivas e educativas em saúde, bem como o saneamento básico (BASTOS, 1991).

Uma visão mais crítica por certo enxergaria as origens de tal organismo como mais um resultado dos interesses do capitalismo internacional, ou de sua pátria central, os Estados Unidos da América. O que estaria em jogo não seria apenas um pretense esforço de guerra, fator imediato da iniciativa, a ser substituído no longo prazo pela cobiça pelas matérias-primas e pelo mercado brasileiro, então em expansão, além da afirmação estratégica da potência mundial em vias de consolidação. Isso não deixa de ser verdade, mas aqui também a presente análise buscará algo mais: a relevante contribuição que a fundação SESP trouxe às práticas de saúde no Brasil, da mesma forma que já havia acontecido com a criação da rede de centros de saúde nas décadas anteriores, capitaneada também por norte-americanos, no caso, baseados na Fundação Rockefeller.

Mas o que trouxe a FSESP efetivamente de novo à política de saúde no Brasil? Aqui a análise precisa se destituir de preconceitos de natureza conspiratória ou estruturalista⁶.

⁶ A referência ao estruturalismo sociológico não será aqui objeto de aprofundamento, dado a natureza do presente texto. Refere-se a uma corrente de análise capitaneada geralmente por autores franceses (Althusser e Foucault, entre outros), aplicada amplamente à área da saúde, que teve grande expressão no Brasil nos anos 80, e que tendia a perceber de forma exacerbadamente crítica os serviços de saúde como mera instância de controle (sobre) a sociedade e instrumentos de reprodução ideológica e de capital, dentro de estruturas cuja mudança estava longe ou fora do alcance dos agentes atuantes nos organismos. Isso talvez faça parte do que Paim (1985), autor já citado aqui, intitulou do movimento ideológico dos anos 80, transformado no período pós-democratização em ação política, da qual resultou, em sentido amplo, a própria criação do SUS e, entre outros aspectos, a formulação da estratégia de Saúde da Família no Brasil.

Instituição profundamente hierarquizada e centralizada, a FSESP realizou, entretanto, notáveis feitos, na saúde pública brasileira, tendo sido o primeiro órgão público a prestar serviços de atenção integral à saúde, de forma contínua, associando prevenção, promoção da saúde e assistência curativa. Desenvolveu, além do mais, técnicas e procedimentos inovadores relativos ao processo de trabalho em suas unidades de saúde, que possibilitaram a expansão de cobertura de programas de controle de doenças endêmicas, crônicas e degenerativas, além de outras. De forma também inédita no Brasil, promoveu a incorporação e a capacitação de pessoal de nível médio no trabalho em saúde. No elenco de atividades de seus serviços, estavam presentes ações de reidratação oral, alojamento conjunto para recém-nascidos, visita domiciliar, capacitação de parceiras leigas, prevenção do câncer, captação e registro de nascimentos, óbitos e outras informações vitais; odontologia sanitária, além de outras que, somente décadas mais tarde, com o advento do PSF, foram incorporadas aos serviços de saúde no Brasil. Do ponto de vista gerencial, sistematizou os processos de programação e avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, com quantificação de objetivos e metas, criou centros regionais de estatísticas vitais e de mortalidade, organizando também o primeiro centro nacional de processamento de dados em saúde, em 1976. Atuou também no campo do saneamento básico, por meio dos chamados serviços autônomos de água e esgoto (SAAE), que ainda hoje têm presença marcante, seja diretamente ou por meio de seus sucedâneos municipalizados, em muitas cidades brasileiras (RISI, 2008).

A FSESP chegou a atuar em cerca de seis centenas de municípios, operando mais de 800 Unidades Básicas de Saúde e mais de 1.300 SAAE, dando cobertura a nada mais do que dez milhões de cidadãos brasileiros. A partir de 1991, sua estrutura foi incorporada pela recém-criada Fundação Nacional de Saúde (Funasa), juntamente com outros órgãos da estrutura federal de saúde, entre eles a SUCAM, a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e o Datasus (desmembrado do Dataprev/MPAS).

Como se vê, a história da atenção básica no Brasil não pode ser contada sem incluir a participação pioneira e qualificada de tal entidade.

6. Pioneirismo e resistência

Mas há mais coisas a relatar... Entre elas os diversos movimentos de resistência democrática na área da saúde, que incluíram em seu bojo a rediscussão do modelo de atenção até então vigente no País e, dessa forma, a proposição de novos processos de trabalho e de reorganização das práticas sanitárias no Brasil.



Assim é que, já nos anos 70, particularmente no eixo Rio de Janeiro–São Paulo, começam a aparecer movimentos organizados envolvendo intelectuais, profissionais de saúde, docentes universitários e outros interessados, tendo como pano de fundo a denúncia da crise do sistema de saúde, das más condições sanitárias e nosológicas do País e da precariedade do exercício profissional (SCOREL, 1987).

Entre outros eventos produzidos no âmbito de tais movimentos, todos ocorridos na segunda metade da década de 70, podem ser citados: a formação de um grupo médico de oposição sindical, denominado Renovação Médica; a fundação do CEBES e da revista Saúde em Debate; a realização do I Congresso Paulista de Saúde Pública; a realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados; a fundação da ABRASCO; a realização das Semanas de Saúde Comunitária e dos Encontros Nacionais de Estudantes de Medicina, entre outros. Além deles, deve ser lembrada a existência de grupos mais informais de resistência e convergência de pensamento progressista em saúde, como é o caso do Grupo Novo Mundo, esse último numa alusão ao tradicional hotel da Praia do Flamengo, no Rio de Janeiro, onde se reuniam os membros (GOULART, 1996).

Com efeito, foi uma época movimentada na saúde brasileira. Em 1980, o governo federal, na tentativa de colocar luz e ordem sobre a situação caótica do sistema de saúde e também para refazer os equívocos de famigerada lei “do sistema nacional de saúde” de 1976, que não “pegou” por absoluta insuficiência de coerência com a realidade brasileira, lança um programa de integração entre os Ministérios da Saúde e da Previdência intitulado muito a propósito de Prev-Saúde. Em 1983, reformas dentro da máquina do INAMPS dão à luz o programa intitulado Ações Integradas de Saúde (AIS), com expectativas ambiciosas de integrar mais uma vez as máquinas públicas na área de saúde, mas com expressivo sucesso em incorporar na gestão dos Estados e municípios as ações de saúde antes exclusivas do INAMPS. Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira em toda a história desse tipo de evento a contar com participação política e social ampla, muito além da representação exclusiva da burocracia federal de saúde, como acontecera nas sete conferências anteriores. 1987 é o ano em que governo federal, já como resposta às proposições da VIII CNS, emite o decreto que cria o SUDS, institucionalizando de forma mais intensiva e formalizada a participação dos Estados e municípios no sistema de saúde. Em 1988, é promulgada a nova Constituição Federal, fruto da redemocratização do País, e dentro dela é criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em todos esses momentos, estiveram presentes ideias relativas ao temário de Alma Ata, por um lado, mas, por outro lado, as propostas e as experiências que vinham sendo desenvolvidas em todo o País já havia alguns anos, seja no âmbito de universidades, de governos municipais e estaduais, de entidades civis diversas. Em suma, algumas

palavras de ordem estavam dadas, entre elas, sem dúvidas e de forma enfática Atenção Primária à Saúde (GOULART, 2007).

Ao se falar dos movimentos em saúde no Brasil, é preciso lembrar algo que surge, nos anos 70 e, talvez, até um pouco antes, em alguns municípios brasileiros, traduzido por propostas inovadoras no campo da atenção à saúde. Sua importância deriva não só de seu pioneirismo, considerando que, à época, aos municípios era conferido pouco ou nenhum poder em matéria de saúde, mas também de sua capacidade de resistência e de proposição de novas alternativas em política de saúde, em oposição ao modelo médico-privatista dominante, apoiado pela instância máxima da política de saúde no País, qual seja o antigo INAMPS. Foram numerosos esses municípios e nem todos tiveram suas experiências e propostas de saúde documentadas, mas, certamente, alguns podem ser destacados: Lajes/SC; Boa Esperança/ES; Londrina/PR; Piracicaba/SP; Belo Horizonte/MG; Campinas/SP; São José dos Campos/SP; Montes Claros/MG⁷; Niterói/RJ, Vitória da Conquista/BA, entre outros (GOULART, 1996).

O que unia essas experiências municipais não era tanto o fato de terem administrações “progressistas” ou mesmo de oposição ao regime militar – algumas talvez não se enquadrassem em nenhuma dessas duas categorias – mas sim por suas propostas de políticas inovadoras na saúde, nas quais se incorporavam elementos que até então faziam parte de um ideário ainda remoto no Brasil, trazido pelos ecos da famosa Reunião de Alma Ata. Mas aqui e ali começam a despontar novos ingredientes que contemplavam, entre outros aspectos, o foco na Atenção Primária à Saúde; o ideal da saúde para todos, sem distinções; a participação comunitária; a organização de distritos sanitários; a utilização da epidemiologia no planejamento das ações de saúde; o foco nos territórios; a utilização das terapias não convencionais e, principalmente, a incorporação de novos agentes de práticas de saúde, com diversas denominações locais e regionais, mas que convergiram, com certeza, para o que hoje se conhece em toda parte como agentes comunitários de saúde.

Assim é que, na década de 80, vão se tornando cada vez mais frequentes experiências que vieram a ter repercussão importante nos programas atualmente desenvolvidos não só no PACS como em outros, na Região Nordeste (CARVALHO; RIBEIRO, 1998), onde

7 A experiência ocorrida em Montes Claros não tinha, rigorosamente, origem municipal. Antes fazia parte de um acordo internacional do governo de Minas Gerais, no início dos anos 70, para desenvolvimento de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, que servisse de modelo para o processo de descentralização de saúde que iniciava a ser implantado no Estado. Entre suas características, estava a prestação de serviços médicos simplificados e utilização de pessoal de nível médio nos moldes aproximados do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) do Ministério da Saúde, a ser comentado adiante. Para mais detalhes, ver FLEURY (1995).

ele se originou e também em outras partes do País. São programas que podem ser considerados herdeiros das propostas ditadas pelo figurino da reunião de Alma Ata, realizada no final na década anterior. Eles desenvolveram, como característica principal, o enfoque nas clientela de alto risco, tanto em regiões rurais como nas periferias das grandes cidades, primando, ainda, pela recusa à densidade tecnológica de suas ações.

Uma parte apreciável dessa história está contada na verdadeira epopeia que foi a criação e o desenvolvimento, ainda nos anos 70, mediante iniciativa do Ministério da Saúde em associação com o INAMPS, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (BRASIL, 2008) e, em torno de uma década depois, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente no Estado do Ceará. Ambos tinham como características principais o enfrentamento da enorme escassez de médicos e enfermeiros, além de infraestrutura física em saúde, se não rudimentar, prevalente em regiões pobres do País, com a retomada das propostas já vigentes desde os anos 40 na FSESP de utilização de pessoal de nível médio para assumir um papel central, muitas vezes único, nos cuidados de saúde, mediante treinamento *ad-hoc*.

Entre as inúmeras experiências pioneiras que convergem de forma mais aproximada da Estratégia Saúde da Família tal qual é conhecida hoje, vale a pena destacar aquelas realizadas em Porto Alegre (Vila de São José do Murialdo), ainda na década de 70; em São Paulo, nos anos 80; e em Niterói, já nos 90 (GOULART, 2007). Trata-se de uma lista não exaustiva, naturalmente.

As experiências desenvolvidas nos anos 70 e 80 na cidade de Porto Alegre, dentro do enfoque da então denominada Medicina Geral Comunitária, possuem uma história comum em muitos aspectos essenciais, por exemplo: terem os mesmos atores fundadores e apoiadores; possuírem vínculos institucionais públicos; associarem-se a práticas de formação e capacitação de pessoal; exercerem certo efeito demonstrativo (pelo menos em seu início); apresentarem sucessão de movimentos de expansão e retração (sístoles e diástoles) em sua trajetória, entre outros. Além disso, apresentaram expressiva articulação externa, com a formação gradual de uma rede importante de contatos e apoios externos técnicos e políticos, além de busca crescente de institucionalização.

Os dois casos de Porto Alegre, originados no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e na Unidade Básica de Saúde de Murialdo, tiveram, ainda, tendência de gradual inserção nos sistemas de saúde locais, mediante ajustamento e sintonia política com seus gestores, com a incorporação, por partes desses, de uma gramática típica dos programas, com palavras de ordem e diretrizes tais como responsabilização, territorialização, hierarquização, regionalização e participação. Nessa condição, primaram também por

buscar a superação da condição de serem meros exercícios de efeito demonstrativo ou de visibilidade acadêmica, sendo notório que em sua evolução obtiveram amplo reconhecimento externo e de transformação em centros de referência regionais e nacionais na capacitação para o PSF e a atenção básica em geral. Além disso, da mesma forma que outros programas, penaram com as dificuldades derivadas da insuficiência histórica da política de financiamento da atenção básica no País, bem como dos fatores culturais que fazem da prática generalista em saúde uma atividade até certo ponto marginal, pelo menos no meio médico.

De forma sintética, as duas experiências mostraram ao longo de sua existência marcante diferenciação da natureza das práticas desenvolvidas em cada instituição: hospitalar, clínica, de resolução individualizada no GHC, enquanto em Murialdo o caráter sempre foi comunitário, social, com ênfase na vigilância à saúde.

As experiências pioneiras desenvolvidas em Porto Alegre se aproximam também se distanciam das experiências municipais de APS desenvolvidas no Brasil. Uma comparação aprofundada entre as duas categorias não seria cabível, dada a inserção e o processo de desenvolvimento radicalmente diferentes entre elas. Mas, mesmo diante de tais diferenças, alguns pontos comparativos podem se estabelecer. Em primeiro lugar, as experiências se aproximam, dada a participação de atores “fortes” em seus processos de formação e desenvolvimento, tanto do ponto de vista de suas características pessoais de carisma e liderança, como na sua inserção conspícua na política institucional e nas articulações externas que possuíam.

Em ambos os grupos, houve também a concorrência de um ambiente político-institucional adverso, daí resultando o exercício permanente de processos de conflito sucedidos por negociação e superação. O isolamento e o posicionamento na “contracorrente” foram algo visível em algumas das experiências de municípios também.

As articulações externas das instituições mantenedoras foram essenciais para a sobrevivência em todo o conjunto, havendo momentos em que a sustentabilidade das ações se apoiou essencialmente nesse fator. Da mesma forma, o processo antes denominado de sístoles e diástoles esteve presente em uns e outros casos.

Como grandes linhas diferenciais, podem ser citadas: as diferentes inserções institucionais; a abrangência geográfica; o modo de vinculação ao sistema de saúde; as preocupações com qualificação e formação profissional *versus* a mudança do modelo assistencial em saúde; a natureza dos projetos, mais “médicos” e “técnicos” de um lado e “políticos” de outro.

Em suma, a importância das experiências pioneiras do Sul do País, seja a do CS Murialdo, seja a do Grupo Conceição, é patente, devendo ser apreciada pela influência que exercem sobre as práticas profissionais e os próprios sistemas de saúde, não só da região como de outras partes do Brasil; o impacto que proporcionam ao sistema de saúde local e regional; sua vocação de se constituírem aparelhos formadores de peso em Saúde da Família; sua influência na própria formulação do PSF nacional; entre outras.

O Programa Médico de Família da SES de São Paulo foi, na verdade, uma experiência de curta duração, que aparentemente deixou poucas marcas locais, mas que teve a importância, segundo Santos (2002), um ator participante dela, de ter aberto as portas para a ampliação da discussão sobre a Medicina de Família e a Atenção Primária à Saúde no Brasil. Seu início se deu na segunda metade dos anos 80, quando Orestes Quércia assume o governo de São Paulo e nomeia Secretário de Saúde do Estado José Aristodemo Pinotti, um médico ginecologista de Campinas e professor titular da Unicamp de grande renome na área de saúde da mulher e que, naquele momento, parecia inclinado em dar uma “virada” em uma carreira docente e científica bem-sucedida, em direção à política partidária e eleitoral.

O movimento mais imediato foi o contato com consultores cubanos, dadas as ligações que intelectuais paulistas ligados ao PMDB, na ocasião, capitaneados pelo escritor Fernando de Moraes, tinham desenvolvido com o governo de Cuba. Assim, a experiência de médico de Família, naquele momento ainda incipiente na ilha, foi trazida ao Brasil. A condução do projeto Médico de Família foi entregue à médica Eliane Dourado, que tinha experiência em projetos inovadores de natureza semelhante em município da Região Metropolitana da capital paulista e que também contribuiria, alguns anos depois, para a implantação do PSF nacional. A concepção era eminentemente cubana, ou seja, centrada em médicos generalistas residindo na própria comunidade, em prédios especialmente projetados, englobando moradia e consultório. Pouco mais de uma dezena dessas unidades foi construída, por volta de 1988, todas na periferia do município de São Paulo.

O projeto teve vida curta, dado que Pinotti se afastou do cargo para candidatar-se ao governo de São Paulo. Nesse interregno, o programa teve solução de continuidade, não se tendo notícia de como foram aproveitados seus quadros (se é que o foram) e do destino dado às unidades construídas. Foi um programa bastante criticado, seja à direita, seja à esquerda, segundo o mesmo interlocutor (SANTOS, 2002). De um lado, a poderosa Associação Paulista de Medicina, suspeitando da “esquerdização” que poderia ser propiciada por uma ideia gerada em Cuba; de outro, o Sindicato dos Médicos, denunciando o caráter paliativo ou de cesta básica dele. No próprio movimento sanitário da época, ou seja, nas entidades nacionais como o CEBES e a ABRASCO, ou entre os

secretários municipais de saúde, o projeto não obteve aprovação ou maior penetração, ficando como uma ação até certo ponto marginal.

O Programa do Médico de Família de São Paulo teria passado em brancas nuvens não fossem alguns de seus desdobramentos, de natureza ideológica e intelectual, conforme ainda a visão de Santos (2002). Repercussão não negligenciável, segundo esse interlocutor, teria sido a de contribuir para a dissolução de algumas resistências que a esquerda ou os setores progressistas em geral tinham em relação ao tema da Medicina de Família ou mesmo da Atenção Primária à Saúde.

Outro desdobramento desse programa pioneiro teria sido de gerar um mote captado por muitos secretários municipais de saúde, que passaram a incluir o tema da APS em suas agendas. Um possível e paradigmático exemplo é o de Niterói, descrito a seguir.

Nos anos 70, surge o chamado Projeto Niterói, um espaço autônomo de organização e resistência em saúde, formado por técnicos de múltiplas instituições, com articulações externas importantes, que não contavam com endosso do poder municipal, com o qual haviam rompido e sido expulsos. O Projeto Niterói organiza-se como uma instância de reflexão política e técnica, tendo como pano de fundo o ideário da reforma sanitária, ainda incipiente na ocasião.

Na década de 80, o Projeto Niterói se institucionaliza e se aproxima novamente da Secretaria Municipal de Saúde, com a presença de alguns atores externos, por meio da OPAS, destacando-se o médico cubano Carlos Petres, que abriria mais adiante caminho para um profícuo intercâmbio com Cuba. Na sequência, já com a SMS dirigida por um grupo de técnicos ligados ao Projeto Niterói, foram desencadeadas mudanças na política de saúde local, entre elas a municipalização geral dos serviços de saúde; a distritalização sanitária; a constituição de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços e a implantação do Programa Médico de Família (PMF), em 1991, o qual, como se verá, influenciará de forma marcante a criação do PSF nacional, três anos depois (TOMASINI, 1996; GOULART, 2007).

A cooperação técnica com Cuba se amplia a partir de 1991, com a vinda de consultores e estágios de técnicos locais naquele país, além de cursos para a formação de equipes do PMF. Um fator favorável ao processo de implementação da política de saúde na década de 90 foi a continuidade política no município, com a permanência de um único secretário, Gilson Cantarino O'Dwyer, no cargo por praticamente 10 anos, acompanhado de uma mesma equipe.

O PMF começou se estruturando de forma consequente, contemplando áreas de atuação em função de seu grau de exclusão social, do baixo acesso a serviços, bem como da existência de um movimento de moradores organizado. Um aspecto diferencial do PMF foi a composição e o processo de trabalho de suas equipes técnicas, constituídas apenas por médico e auxiliares de saúde, semelhante ao modelo cubano. Estava previsto que o médico tivesse 50% de seu tempo destinado formalmente a visitas domiciliares e a outros trabalhos de campo. Outro aspecto distintivo era a realização de reuniões entre a equipe do PMF, supervisores da SMS e representantes das associações de moradores, que, em etapa seguinte do programa, passaram a contratar, com recursos públicos, o pessoal lotado nas unidades do PMF, constituindo assim mais um aspecto inédito no programa de Niterói.

As chamadas equipes de supervisão, ou seja, a retaguarda técnica das equipes locais, com seu caráter multidisciplinar e capacitação inicial realizada diretamente pela cooperação técnica cubana, tinham, ademais, como aspecto destacado de seu trabalho, o exercício de *consultance* perante as equipes, à maneira inglesa, o que sem dúvida também veio a influenciar alguns desdobramentos do PSF, por exemplo, a criação recente dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF).

7. A ação política: formulação da política de Saúde da Família nos anos 90

O quadro da saúde no momento imediatamente anterior à formulação do PSF não parecia ser muito favorável ao desenvolvimento de propostas novas ou inovadoras no setor. Com efeito, o governo de Fernando Collor havia retrocedido nos avanços obtidos durante a Nova República, particularmente na questão do financiamento. Em 1993, já no governo de Itamar Franco, o Ministério da Previdência Social determinou unilateralmente as transferências do MPAS para a saúde, resultando em perdas da ordem de US\$ 2 bilhões (CARVALHO, 2002).

É bem verdade que os indicadores de saúde vinham em melhora progressiva já no início da década, por exemplo, na mortalidade materna e infantil, porém, nesse período, observou-se certa mudança de ritmo de queda e, no caso da mortalidade materna, chegou a haver mesmo um ligeiro aumento da taxa entre 1993 e 1995, embora tal mudança não pudesse ser imputada diretamente a alguma piora, mesmo momentânea, das condições de vida e saúde da população.

Os anos 90, particularmente seu início, albergariam, assim, uma autêntica crise da saúde ou, para ser mais preciso, a continuidade e o agravamento de uma crise precedente. Vários fatores encontravam-se presentes, entre eles, queda do financiamento, irracionalidade, exclusão social, problemas de imagem do sistema perante seus usuários etc. Na



ocasião, Faveret e Oliveira (1989) cunharam a expressão “universalização excludente”⁸ para qualificar a associação entre uma “expansão por baixo”, pela inclusão de milhões de indigentes, e uma “exclusão por cima”, mediante a qual segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média em geral renunciam à assistência pública pelo SUS, em busca de atendimento mais qualificado nos planos de saúde. Vianna (1997) deplora que, apesar da concepção “europeia” cogitada pelos legisladores constituintes de 1988, a proteção social e à saúde no Brasil vinha acumulando evidências de uma verdadeira “americanização”, especializando-se em parques benefícios para os mais pobres, enquanto ao mercado ficava reservada a atenção aos mais aquinhoados e capazes de remunerar serviços diretamente ou mediante seguro.

Esses são alguns elementos do contexto em que o PSF foi formulado no País. O programa, além disso, nasceu em um momento em que a questão da pobreza estava bastante em evidência no País, traduzida, por exemplo, pela utilização do “Mapa da Fome” na alocação dos recursos previstos (VIANA, 2000). Havia, de um lado, um movimento civil coordenado pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e, de outro, a atuação do governo de Itamar Franco, buscando sintonia com as propostas oriundas da sociedade.

O contexto social e econômico do início dos anos 90 era, em resumo, o seguinte: (a) O número de pobres era estimado em cerca de 59,4 milhões em 1993 e o de miseráveis, no mesmo período, em 27,8 milhões e a desigualdade na distribuição da renda nacional era – como continua sendo – marcante, com o chamado Índice de Gini de 0,605, em 1993 (LAHÓZ, 2002); (b) A taxa de desemprego aberto era de 5,32, em 1994, considerada emblemática da mais grave crise de emprego na história do Brasil e aprofundada nos anos seguintes (OLIVEIRA, 2002); (c) Embora aquém de metas desejáveis, a partir de 1995, as aplicações em saneamento e infraestrutura urbana, da ordem de US\$ 5,29 bilhões, foram cerca de 35% superiores à média anual registrada entre 1980-1993; (d) O processo de urbanização do País prosseguia de forma acelerada e, no início da década, apenas cerca de 20% da população vivia nas chamadas cidades pequenas, com menos de 20 mil habitantes e o déficit habitacional brasileiro, em 1995, era quatro milhões de unidades nas zonas urbanas e 1,6 milhão nas rurais, além de 10,6 milhões de unidades sem infraestrutura adequada; (e) Além disso, entre 1991 e 2000, o número de favelas cresceu cerca de 22,5% (PAULA, 2002).

8 O fenômeno da *universalização excludente* poderia ser interpretado por alguns com uma «vantagem» para o sistema e como um reforço do princípio da equidade, considerando que se retiram dele pessoas contribuintes, deixando ao mesmo tempo de receber benefícios. Isso não leva em conta, todavia, o fato de que muitos desses «excluídos» de que falam Faveret e Oliveira na verdade voltam a se «incluir» no sistema quando demandam procedimentos de mais alta complexidade – também os mais dispendiosos.

A formulação e início da implementação do PSF praticamente coincidiu com o advento do Plano Real, um conjunto de políticas que, nos anos seguintes, produziu marcantes transformações sociais e econômicas na vida dos brasileiros, tendo sido até mesmo considerado como a principal ação social de governo em toda a década, pois, na vigência, mais de nove milhões de pessoas deixaram de ser tecnicamente pobres e cerca de 80% das famílias tiveram aumento efetivo de renda – a renda real dos 10% mais pobres simplesmente dobrou entre 1993 e 1995⁹ (LAHÓZ, 2002).

Outra característica da era que se sucede à formulação do PSF, e que corresponde ao período inicial de implementação dele, refere-se ao padrão de relacionamento político entre o Executivo e o Legislativo, caracterizado, segundo Chagas (2002), pela existência de um autêntico “rolo compressor”, formado por uma poderosa base parlamentar – politicamente de alto custo –, que, entre outras mudanças institucionais, viabilizou a manutenção, por períodos sucessivos, da CPMF, bem como alterou a Constituição em busca de novas fontes e vinculação do financiamento setorial, com a promulgação da Emenda Constitucional 29.

Retomando o curso histórico da narrativa, o *impeachment* de Fernando Collor, em 1992, e sua sucessão por Itamar Franco levaram à nomeação para o Ministério da Saúde de um Ministro – Jamil Hadad – e de uma equipe de assessores não só vinculados a um ideário dito progressista em saúde, como muitos deles de incontestável militância na Reforma Sanitária e, inclusive, alguns ex-secretários municipais de saúde¹⁰. Formou-se, assim, um clima de mudança, pois a nova gestão havia encontrado uma marcante paralisia decisória no Ministério da Saúde, como de resto em outros setores da administração federal, agravada nos estertores do Governo Collor. Um pouco antes fora realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, a qual, embora defendida e conduzida de forma destemida pelo Ministro anterior, Adib Jatene, foi mais um evento político a demonstrar a insatisfação no País. Não havia, na ocasião, grandes propostas de avanço e, mesmo que as houvesse, a conjuntura era francamente desfavorável a qualquer implementação de inovações.

9 Embora os efeitos das políticas sociais do período do Plano Real, entre elas o PSF, possam ter sido potencializados pelos benefícios gerados pelo melhor desempenho da economia, é preciso ter cautela quando a uma interpretação estreita de tal correlação, do tipo causa-efeito, considerando que as políticas sociais também podem gerar, de *per se*, efeitos positivos nas condições de vida e saúde da população. Esse tema, naturalmente, é objeto de um debate acalorado entre os especialistas em economia e políticas públicas.

10 Alguns nomes que fizeram parte da equipe de Jamil Hadad no Ministério da Saúde, entre 1993 e 1994, portadores do perfil citado: Carlos Mosconi (Deputado Federal e Presidente da Comissão de Seguridade Social na Assembleia Constituinte); Gilson de Cássia Marques de Carvalho (ex-Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos/SP); Jorge Bermudez (Pesquisador da ENSP/FIOCRUZ); José Alberto Hermógenes (ex-Secretário de Saúde da Bahia); Adnei de Moraes (ex-Prefeito de Poços de Caldas/MG), além do autor deste trabalho (ex-Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia/MG e ex-Vice Presidente do CONASEMS).

Contavam os novos gestores do Ministério da Saúde com um respeitável arco de forças políticas favoráveis à mudança na saúde, tendo também como fator positivo o fato de estar o presidente Itamar Franco mais preocupado com a economia como um todo do que com os detalhes da gestão em saúde. Assim, mesmo em conjuntura econômica e institucional desfavorável, os ventos corriam a favor das propostas de transformação.

O período de gestão da saúde iniciado nesse momento, que correspondeu à formulação e implementação da Norma Operacional Básica de 1993, foi marcado por fortes conflitos e antagonismos, autênticas disputas intraburocráticas, fora e dentro do Ministério da Saúde. Setores ligados à estrutura tradicional, tais como Procuradoria Jurídica, Auditoria, Finanças, Convênios e outros, geralmente ocupados por funcionários de carreira egressos das antigas Secretarias Nacionais, bem como do INAMPS e da Funasa, tinham sua atuação marcada pelo levantamento de reiterados obstáculos normativos, de forma a obstaculizar o processo de descentralização, principalmente dos repasses entre fundos de saúde e nos pagamentos dos fatores de incentivo (GOULART, 2007).

Também em outros setores do governo (Planejamento, Previdência Social e Secretaria de Orçamento e Finanças), o jogo não era menos pesado¹¹. Em reuniões interministeriais para discutir a questão orçamentária da saúde, frequentemente, a argumentação por parte dos técnicos desses setores, devidamente apoiados pelos titulares, era de que a solução para os problemas da saúde estaria na criação de barreiras financeiras para o usuário, distribuição de *vauchers* etc. (GOULART, 2007).

Nesse período, ocorreria ainda a substituição intempestiva de Jamil Hadad por Henrique Santilo, portador de um perfil mais conservador, além de mais disposto a realizações de efeito político, ou de ações localistas para seu Estado (Goiás) ou de repercussão mais imediata. Não foram fora desse espírito que ocorreram algumas das grandes realizações de Santilo à frente do Ministério da Saúde, quais sejam a criação do Programa de Saúde da Família e a constituição do Programa de Interiorização do SUS (PISUS), deixando quase intocadas as questões mais estruturais, como descentralização e financiamento. Em outros aspectos, porém, Haddad e Santilo se equivaliam: eram ambos muito frágeis nos seus embates com a área econômica do governo (GOULART, 2007).

Henrique Santilo havia sido governador de Goiás na década de 80, ocasião em que já havia lançado proposta semelhante à dos agentes comunitários de saúde. Um de seus

11 Para o devido registro histórico, alguns dos poderosos membros de uma espécie de «tropa de choque» antissaúde espalhados pela administração pública federal foram: Murilo Portugal, da Secretaria de Orçamento e Finanças do Ministério da Fazenda; Ministro Fernando Henrique Cardoso; Francisco Oliveira – o *Chico Previdência* – técnico de carreira do IPEA, lotado no MPAS na ocasião (já falecido) e Raul Jungmann, Secretário Executivo do Planejamento).

assessores era um técnico brasileiro do Unicef, Halim Girade, que acumulara marcante experiência em trabalhos comunitários em Goiás e outros Estados do Brasil. Girade foi incumbido pelo Ministro Santilo de desenvolver ideias relativas a um novo modelo de atenção para comunidades pobres e sem médico, tendo como referência a experiência desenvolvida em Goiás na década anterior (GIRADE, 2000). Aquilo parecia ser, além do mais, a “única possibilidade de avanço possível”, na visão de um dos protagonistas dos acontecimentos daquele momento (SOUZA, 2000).

Sousa (2001) relata a entrega a Santilo de um documento produzido em um encontro nacional de enfermeiros coordenadores de PACS, em Brasília, com destaque para uma agenda de prioridades a serem assumidas nacionalmente. Seus formuladores imaginavam que ele traria consequências importantes para o PACS, mas não tinham maiores expectativas em que tivesse também influências na criação de um novo programa, o PSF, como veio a acontecer.

As ideias pensadas e formuladas no âmbito do Ministério da Saúde de Santilo nos idos de 1993 tinham, segundo Girade, forte influência de algumas experiências em andamento no País, como as de Niterói, do Grupo Hospitalar Conceição, ligado ao Ministério da Saúde, da SES de São Paulo e de Quixadá, no Ceará. Havia demandas intempestivas do Ministro para que tudo fosse pensado e formalizado no curto prazo. O fato é que, no dia 27 de dezembro de 1993, se reuniram no Ministério da Saúde representantes¹² das experiências citadas, alguns consultores, e, então, foram definidas as bases do que viria a ser o Programa Saúde da Família, mediante uma proposta que “não era nenhuma das presentes, mas que procurava ser uma síntese de todas – o melhor para as condições do País”, segundo Girade.

Nos termos colocados no pensamento de Maquiavel, se Santilo não era detentor de grande virtude (em termos técnicos e políticos), certamente teve a seu lado o enorme impulso da fortuna... Com efeito, esse político goiano estava no lugar certo e teve a sorte ou se fez rodear das pessoas certas, daí nascendo o Programa (hoje Estratégia) Saúde da Família.

O Unicef, que já vinha apoiando também o PACS, teve grande destaque nessa etapa inicial, proporcionando apoio político, técnico e mesmo financeiro, com a presença de dois de seus oficiais de projeto, Halim Girade e Oscar Castillo, que atuaram diretamente na produção dos primeiros documentos referentes ao programa.

12 Os participantes dessa histórica reunião de 1993 foram, além de Henrique Santilo e Halim Girade, Gilson Cantarino, então Secretário Municipal de Saúde de Niterói; as enfermeiras Heloiza Machado de Souza, do Paraná, e Fátima Souza, da Paraíba; Carlos Grossman e Airton Stein, médicos do GHC de Porto Alegre; Luis Odorico Andrade, Secretário Municipal de Saúde de Quixadá/CE; Oscar Castillo, técnico do Unicef; Álvaro Machado, da Fundação Nacional de Saúde; Eugênio Villaça Mendes, da OPAS, além de representantes da SES-Ceará e SES-Goiás.

Naquele momento, começam a tomar parte não só nas discussões para a formulação, como também nas primeiras gestões para a implementação do PSF, alguns técnicos que viriam a conferir a ele uma marca nos anos seguintes. Tal grupo técnico, formado mais por enfermeiras do que por médicos, tinha como componentes pessoas com passagem por serviços de saúde, geralmente no interior do País, e além do mais envolvidos com programas de atenção primária. Além disso, não eram pertencentes a uma burocracia pública de carreira federal; antes, vieram para o Ministério da Saúde como autênticos “executivos da saúde” de extração técnica, com atribuição específica de trabalhar no programa recém-criado¹³.

Sobre o que resultou dessa série de eventos significativos, Paim considera que o PSF passa a pertencer, de fato, à categoria das políticas democratizadoras da saúde na década de 90, em contraposição ao caráter meramente racionalizador das políticas de momentos anteriores. Além do mais, credita ao programa em pauta o caráter de verdadeiro “modelo tecnoassistencial de base epidemiológica”, configurando-se como legitimamente ancorado em dois dos conceitos fundamentais da Medicina Social contemporânea, quais sejam a determinação social do processo saúde-doença e o enfoque nos processos de trabalho em saúde (PAIM, 1997).

Havia outros ingredientes propícios a mudanças desse tipo no ambiente político, todavia. Carvalho (1994), por exemplo, discute a “introdução da família” nas políticas sociais brasileiras, situando-a dentro de três modalidades de ação, a saber: programas de geração de renda e emprego, programas de complementação da renda familiar e rede de serviços de apoio. Nessa última categoria é que se inserem os programas do tipo PSF, que podem variar quanto a seu foco de ação, desde abordagem aos problemas de cada indivíduo até o apoio intensivo a famílias em situações críticas.

Vasconcelos (1999) descreve essa “valorização da família nas políticas sociais” como algo instituído, na verdade, ao longo de toda a história da construção do sistema de saúde brasileiro, relatando os diversos componentes dessa natureza encontrados na legislação previdenciária, desde seus primórdios na década de 20, embora a vigência das contradições dadas pelo medicocentrismo e pela dependência tecnológica e de capital de tal sistema. Entretanto, foi na sociedade civil que esse aspecto obteve maior visibilidade, citando os casos da Sociedade São Vicente de Paulo e Pastoral da Criança, entre outros.

13 Entre as pessoas do grupo técnico primordial estavam Heloiza Machado de Souza, Fátima de Sousa, Eliane Dourado, Marilena Gentile, Danuza Fernandes, Arindelita Arruda e também Halim Girade, além de outros que permaneceram na condução do PSF por vários anos (alguns ainda permanecem).

A escolha de 1994, pela ONU, como o Ano Internacional da Família também teria tido impacto indutor sobre a política brasileira e de outros países do mundo, ao valorizar os conceitos de família e de comunidade, ainda segundo Vasconcelos (1999), criando-se assim um “clima cultural” propício para determinadas inovações das políticas sociais, com elas os próprios programas PACS e PSF.

Houve, portanto, muitas mudanças na saúde, desde meados da década de 80, dadas pela intensa movimentação política e social pela reforma da saúde no País (SCOREL, 1987; GOULART, 1996) e pela “construção local” do sistema de saúde, que resultou da ampliação da atuação municipal na saúde. Concorreu também para tal quadro de transformações a consolidação de um novo e efetivo arcabouço legal para o sistema, com as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, que, sem dúvida, forneceram inédito substrato para que experiências como a Saúde da Família pudessem florescer. E floresceram, sem dúvida, libertos das amarras de um debate profundamente ideológico e marcado pelo (legítimo) sentimento de resistência ao arbítrio, que se viu superado após a passagem dos “anos de chumbo”.

A vinculação e a coerência do PSF com os princípios do SUS foram amplamente afirmadas desde os documentos originais do programa, que ressaltam sua contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e buscando outra dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com maiores responsabilidades e vínculos entre os serviços de saúde e a população. Diretrizes operacionais são então oferecidas, a saber: (a) Caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; (b) Adscrição de clientela; (c) Cadastramento; (d) Instalação das unidades do PSF; (e) Composição e atribuições das equipes; (f) Atribuições dos membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário). Sobre a reorganização das práticas de trabalho, enumeram-se, entre outros aspectos, o processo de diagnóstico da saúde da comunidade; a abordagem multiprofissional; o desenvolvimento de mecanismos de referência; a educação continuada; além do estímulo à ação intersetorial e ao controle social.

O PSF, assim, apresenta-se como uma possível “mudança de paradigma” nas práticas assistenciais, tendo como aspectos centrais, entre outros, a superação do curativo para o preventivo; do eixo de ação monosssetorial para o intersetorial; da exclusão para a universalização. Seu caráter inovador e potencialmente transformador de um modelo de práticas de saúde parece também evidenciado não só nas análises dos documentos oficiais, como na visão dos muitos autores que se debruçaram sobre ele nos anos 90.

Fora da corrente principal das análises sobre o PSF, entretanto, Merhy e Franco (2000) consideram que a proposta originada do Ministério da Saúde careceria de instrumentos de atuação clínica, o que faria suas ações se desenvolverem como mera “linha auxiliar do

modelo médico hegemônico”, balizando de forma limitada e limitante as possibilidades de competição entre as suas práticas e aquelas desejadas pela corporação médica. Além do mais, afirmaram que o PSF falhava em fazer com que os processos de trabalho nele verificados operassem mediante “tecnologias leves” e que, devido a isso, sua implantação, por si só, não garantiria mudanças substantivas do modelo assistencial vigente, o que seria forte obstáculo a que o PSF viesse a se tornar de fato uma alavanca de transformações e que ele careceria de se reciclar, para incorporar “potência transformadora”.

Tal linha mais crítica ao PSF que seus autores denominaram na ocasião como “defesa da vida” permitiu, todavia, o desenvolvimento de programas alternativos ao PSF em algumas cidades, geralmente governadas pelo Partido dos Trabalhadores em meados dos anos 90, como foi o caso de Betim/MG, Caxias do Sul/RS, Campinas/SP e outras.

Embora tenha sido formulado no governo de Itamar Franco, sob a gestão de Henrique Santilo no Ministério da Saúde, o PSF, na verdade, encontrou condições de crescimento qualitativo e quantitativo nos anos seguintes, já no governo de Fernando Henrique Cardoso, mais precisamente a partir de 1998, quando o economista José Serra assumiu o Ministério da Saúde. Os dois ministros que sucederam a Santilo, Jatene e Albuquerque, embora não tivessem explicitado em nenhum momento oposição do PSF, não demonstraram vontade ou não obtiveram acumulações políticas para fazer acelerar sua implementação. Jatene, particularmente, fazia uma defesa competente do PSF e tinha uma história profissional compatível com isso, mas se ocupou em sua breve segunda passagem pelo MS, entre 1995 e 1996, mais com os aspectos estruturais e de financiamento, voltando-se para o ato de “arrumar a casa”, conforme expressão que frequentemente utilizava.

Sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família, Viana e Dal Poz (199_) situam-na como autêntica “reforma da reforma” ou “reforma incremental” em saúde. Esses termos aplicam-se a um conjunto de transformações, tanto no desenho como na operação das políticas, que ocorre de forma separada ou simultânea em relação aos sistemas e aos serviços de saúde, nas modalidades de alocação de recursos, nas formas de remuneração a prestadores e, fundamentalmente, na configuração da prestação de serviços, resultando em mudanças do modelo assistencial em saúde.

A implantação do PSF se deu no âmbito da vigência da Norma Operacional Básica de 1993, mas sua expansão é especialmente caudatária da NOB de 1996. Essa norma apresentou, com relação às NOB anteriores, a perspectiva de mudança do modelo assistencial, mediante alguns incentivos à organização dos programas PACS e PSF. Para tanto, por meio de portarias e instruções normativas complementares, tais incentivos foram implantados, atribuindo determinado valor financeiro por equipe





de ACS ou PSF, diretamente proporcional à cobertura populacional alcançada. O resultado parece ter sido apreciável, pois, correspondendo ao período imediatamente seguinte à implantação efetiva da NOB 96, foi observada expansão marcante da implantação de equipes de PACS e de PSF em todo o País. Observa-se, por exemplo, na NOB 96, uma definição de atenção à saúde que compreende todo um conjunto de ações realizadas no SUS, em todos os níveis de governo, seja para o atendimento das demandas pessoais ou ambientais, abrangendo também ações assistenciais voltadas às pessoas, de forma individual ou coletiva, nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, e ainda no espaço domiciliar. São enfatizados também alguns aspectos relacionados à mudança do modelo assistencial em saúde, bastante coerentes com as diretrizes dos PSF, por exemplo: (a) A busca da integralidade; (b) A incorporação ao modelo dominante do modelo epidemiológico; (c) A associação dos processos individualizados e de intervenção terapêutica vigentes com “um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e em seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias”; (d) A incorporação, como objeto das ações, das pessoas, do meio ambiente e dos hábitos de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996b).

Em relação ao financiamento, foram várias as transformações que experimentou o PSF, podendo-se mesmo dizer que a análise desse programa fornece, por si só, uma ilustração bastante completa a respeito das diferentes formas de transferência de recursos que já vigoraram ou ainda estão em vigor na saúde¹⁴. Assim, entre 1994 e 1995, o financiamento se dava por meio de convênio firmado entre o MS, Estados e municípios, com critérios de escolha de municípios e cumprimento das exigências formais de praxe. Isso fazia que fosse garantido um aporte ao gestor nos três primeiros meses de funcionamento do programa. A partir de janeiro de 1996, ocorre mudança na sistemática, passando o PSF a ser remunerado pela tabela de procedimentos do SIA SUS, com valor agora diferenciado para a consulta médica, equivalente ao valor de duas consultas “normais” (VIANA, 2000). Após fevereiro de 1998, passaram a valer as novas regras de financiamento ditadas pela nova NOB, iniciando-se assim a era do Piso da Atenção Básica (PAB), medida responsável por forte indução de mudanças no modelo assistencial, conforme explicitado por LEVCOVITZ et al (2000). Na NOB

14 Entre as diversas modalidades de transferência de recursos entre esferas de governo, no Brasil, podem ser citadas, (a) A transferência por convênio, ou seja, ligada a um objetivo específico e submetida a uma prestação de contas especial; (b) A transferência mediante serviços prestados, efetivada mediante apresentação de uma fatura desses serviços (por exemplo, as Autorizações para Internação Hospitalar – AIH); (c) A transferência direta e automática, realizada entre fundos de saúde de forma independente de convênio ou de prestação de algum serviço específico – no caso presente, tal modalidade é realizada *per capita*, mediante valor previamente ajustado.

96, a transferência, de acordo com a nova sistemática, partia da exigência de que as equipes de PSF e PACS estivessem atuando integradas à rede municipal, ou que se desenvolvessem estratégias similares de garantia de integralidade da assistência. No que se refere aos mecanismos de transferência de recursos, foram de forte impacto as mudanças estabelecidas com a implantação do PAB, como era o caso da vigência do PAB fixo e variável e também de outros incentivos financeiros, o que acarretou ampliação marcante da transferência de recursos federais.

O aspecto mais relevante da implantação do PSF no Brasil, cuja importância merece ser destacada, talvez seja o grau de “centralidade” assumida pela questão da atenção básica dentro da política de saúde, com perda definitiva de seu antigo caráter marginal. Contribuíram para tanto eventos diversos, ocorridos ainda nos anos 90, de natureza política ou simplesmente normativa, como o estabelecimento do Pacto da Atenção Básica entre os gestores dos três níveis de governo; o desenvolvimento de um sistema de informações específico, o SIAB; a edição do Manual da Atenção Básica. Mais recentemente, há de se ressaltar a importância conferida ao programa, agora estratégia, tanto dentro da NOAS de 2001/2002 como do Pacto pela Saúde (2006). Com efeito, a Estratégia Saúde da Família parece ter provocado verdadeiro amálgama das ações de saúde coletiva no País, horizontalizando, de vez, a execução dos programas de saúde, de caráter inédito historicamente. Trata-se de uma nova situação, de fato, dada pela ruptura de velhas barreiras técnicas, ideológicas e institucionais, cedendo lugar a práticas potencialmente unificadas de saúde.

8. Síntese e conclusões

O Programa Saúde da Família no Brasil (PSF), como toda política social, situa-se em um movimentado cruzamento de princípios e estratégias operacionais, em que são frequentes as contradições, de natureza político-ideológica ou conceitual. Sua implementação no País revela relações complexas entre os aspectos normativos, explicitados no processo de formulação pelo Ministério da Saúde, de um lado e, de outro, as inovações locais decorrentes de sua (re)formulação e implementação descentralizada. Pode-se dizer que o PSF surge no âmbito de um conflito entre a normatização dura, realizada pelo governo federal, e as iniciativas dos governos municipais, nas quais prevalecem a flexibilidade e as inovações de caráter local.

Alguns componentes essenciais que unem os conceitos de Atenção Primária à Saúde aos de Saúde da Família podem ser destacados quais sejam: (a) Práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado; (b) Processos de trabalho caracterizados

pela intervenção de uma equipe de saúde dentro de um âmbito generalista; (c) Atenção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para coletivos; (d) Desenvolvimento de vínculos administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos entre a clientela e os prestadores de serviços.

Os processos de formulação e de implementação da vertente brasileira de Atenção Primária à Saúde devem ser compreendidos à luz de certas mediações, ou seja, de “fios condutores” que perpassariam os variados modos de implantação verificados no País, tais como: as características geopolíticas; o modo de inserção no sistema de saúde; o contexto político; os conteúdos técnicos e ideológicos; os atores sociais influenciadores; a dinâmica dos processos de implantação; a cultura institucional, dentro de uma ótica de fatores facilitadores, obstáculos e lições.

Algumas boas práticas de implementação de PSF podem, assim, ser inferidas, entre elas: (a) Capacidade de tomada de decisões, dada por liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, qualificação técnica e continuidade; (b) Qualificação das equipes técnicas, traduzida por acesso a conhecimentos, tradição de discussões, base ideológica, empreendedorismo associado à militância; (c) Boas práticas sociais que se traduzem por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública; (d) Articulação externa, ou a prática de um cosmopolitismo político e sanitário; (e) Investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas; (f) Desenvolvimento de inovações gerenciais ou assistenciais; (g) Sustentabilidade em termos financeiros, de estrutura e de processos, mas também nos planos culturais, simbólicos e políticos; (h) Efeito espelho: difusão entre pares e outros interlocutores externos, mediante uma pedagogia do exemplo (GOULART, 2002)

Referências

ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org). **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1996. p. 69-98.

BASTOS, N; C. B. **SESP/FSESP – 1942-1991: evolução histórica**. Brasília. Ed. ASPLAN/FUNASA. 1991.

BERLINGUER, G. Globalization and global health. **International Journal of Health Services**, v. 29, n. 3, p. 579-595, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa. Declarações de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília-DF, 199__.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 6 de novembro de 1996. Implanta a Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. Brasília, DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.329/1999. Estabelece financiamento diferenciado por cobertura populacional. Brasília, DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS)**. Brasília/DF, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 ago. 2008.

BROTHERSTON, J. **Medical history and medical care: a symposium of perspectives**. London: Oxford University Press, 1971.

CARVALHO, A. I.; RIBEIRO, J. M. Modelos de atenção à saúde. In: CARVALHO, A. I.; GOULART, F. A. (Org.). **Gestão em saúde, unidade II: planejamento da atenção à saúde**. Rio de Janeiro/Brasília: Editora Fiocruz/Universidade de Brasília, 1998. p. 35-91.

CARVALHO, G. C. M. **Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde: 1988-2001**. 2002. 363 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, M. C. B. 1994. A priorização da família na agenda da política social. In: **Família brasileira, a base de tudo**. KALOUSTIAN, S. M. org. São Paulo: Cortez, 1994. p. 93-108.

CHAGAS, H. Relações executivo-legislativo. In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. **A era FHC: um balanço**. (Org.). São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 305-350.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1985

COSTA, N. R., 1996. O Banco Mundial e a política social. In: RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional**. Rio de Janeiro: Editora ENSP, 1996. p. 13-30.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1987. 208 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1987.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. **A universalização excludente**: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1989.

FLEURY, S. **A utopia revisitada**: projeto Montes Claros. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

GIRADE, H. Entrevista concedida em 21 de março de 2000.

GOULART, F. A. A. 1996. **Municipalização**: veredas – caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro/Brasília: Abrasco/CONASEMS, 1996.

GOULART, F. A. A. **Experiências de Saúde da Família**: cada caso é um caso? 2002. 387 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

GOULART, F. A. A. **Saúde da Família no Brasil**: boas práticas e ciclos virtuosos. Uberlândia: Ed. EDUFU, 2007.

HOBBSAWN, E. **A era dos extremos**: o breve século XX. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: **Promoción de la salud**: una antología. Washington DC: OPAS, 1996. Publicación científica n. 557.

KRIEGER, N.; BIRN, A. E. 1998. A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. **American Journal of Public Health**, United States, v. 88 n. 11, p. 1603-1606.

LAHÓZ, A. Renda e consumo. In: **A era FHC**: um balanço. LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. Org. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 71-98.

LALONDE, M. El concepto de “campo de salud” en una perspectiva canadiense. In: **Promoción de la salud**: una antología. Washington DC: OPAS, 1996. Publicación científica nº 557.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. A.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MENDES, E. V. **O consenso do discurso e o dissenso da prática social**: notas sobre a municipalização no Brasil. [s. n. t] (mimeo) 1991.

MERHY, E.; BUENO, W.; FRANCO, T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

MESA-LARGO, C. **Atención de salud para los pobres en la América Latina**. Washington DC: OPAS/Interamerican Foundation, 1992.

NEGRI, B., 1999. Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade. **Revista Brasileira Saúde da Família**, pp. 10-11.

OLIVEIRA, R. Emprego. In: **A era FHC: um balanço**. LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. Org. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 99-136.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. **Los sistemas locales de salud en las américas: una estratégia social en marcha**. Washington DC: OPAS/ OMS, 1993. (Comunicación para la Salud, 4)

PAIM, J. S. **Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986. (Estudos de Saúde Coletiva, 4)

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. FLEURY, S. Org. São Paulo: Lemos, 1997.

PAULA, C. Política urbana. In: **A era FHC: um balanço** LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. Org. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002. p. 395-420.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens de nossa época**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

RISI, J. B. Entrevista concedida em 21 de setembro de 2008.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Unesp/ Hucitec/ Abrasco, 1994.

SALTMAN, R. B. Revitalizing health care systems: a proposal for public competition. **Health Policy**, Amsterdam, v. 7, p. 21-40, 1987.

SANTOS, N. R. Entrevista concedida em 13 de março de 2002.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, F. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1979.

SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001

SOUZA, H. M. Entrevista concedida em 12 de abril de 2002.

STARFIELD, B. **Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Masson, 2001.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOMASINI, H. Entrevista concedida em 12 de fevereiro de 1996.

THÉVENET, A. **L'Aide sociale en France**. Paris: PUF, 1973. (Col. Que sais je?).

THORWALD, J. **O segredo dos médicos antigos**. São Paulo: Melhoramentos, 1985.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, A. L. D. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto da globalização. In: **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. Org. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 201-210.

VIANA, A. L. D. **Projeto avaliação do programa Saúde da Família: IV relatório parcial**. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000

VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. Estudo sobre o processo de reforma do sistema de saúde no Brasil. In: **Reformas em educación y salud em América Latina**, [s.n.], 199?.

VIANNA, M. L. W. Política versus economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e estado de bem-estar. In: **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. Org. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 155-176.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Training of the physician for family practice**. Geneve: WHO, 1963. (Technical Report Series, n. 257)

_____. **Primary health care**. Geneve: WHO, 1978.

_____. **Health promotion: a discussion document on the concept and principles**. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe, 1984.

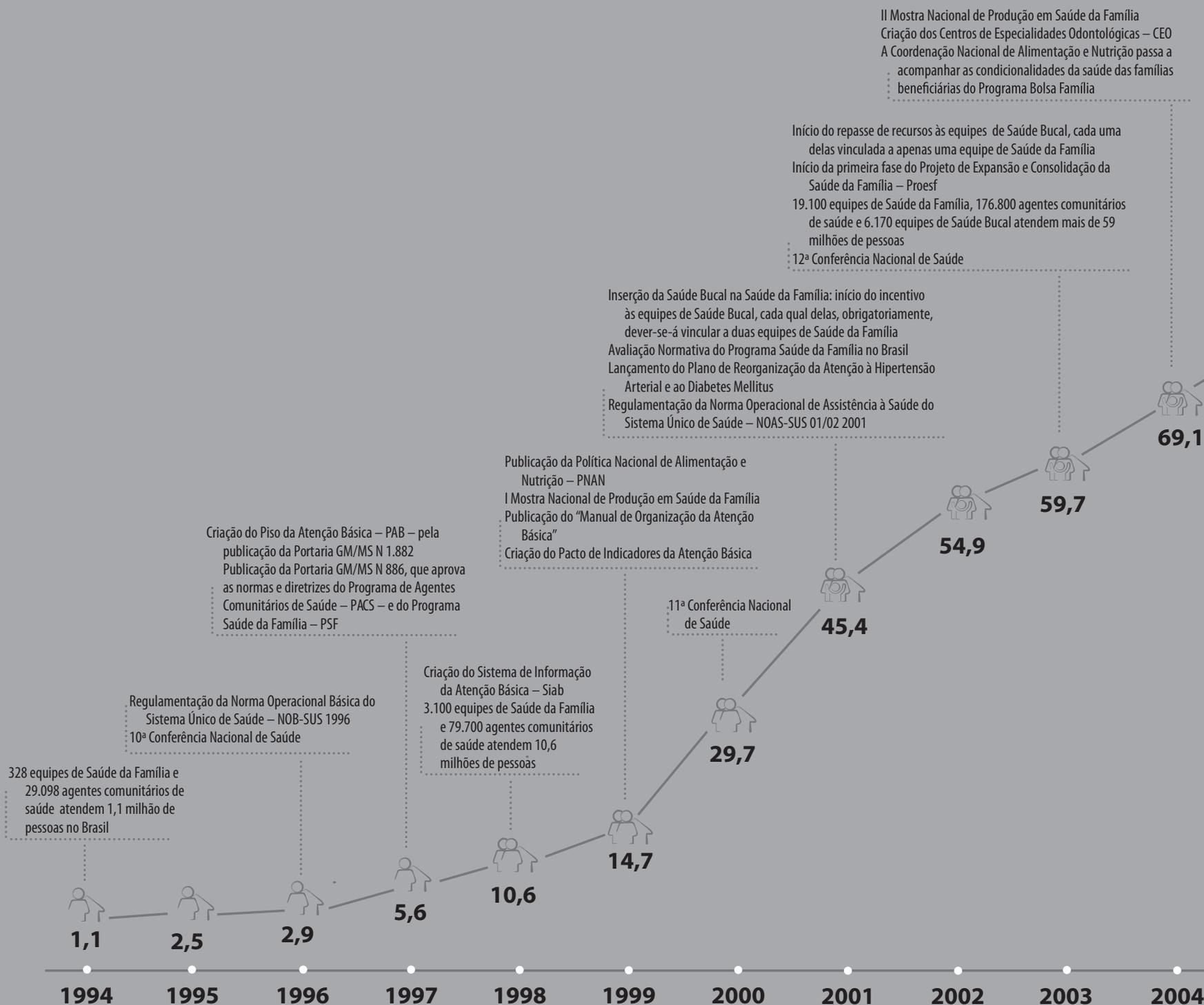
_____. **The World Health Report 1999: making a difference**. Geneve: WHO, 1999

SIGERIST, H. **Historia y sociologia de la medicina: selecciones**. Bogotá: Editora Gustavo Molina, 1974.

SILVA JR., A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

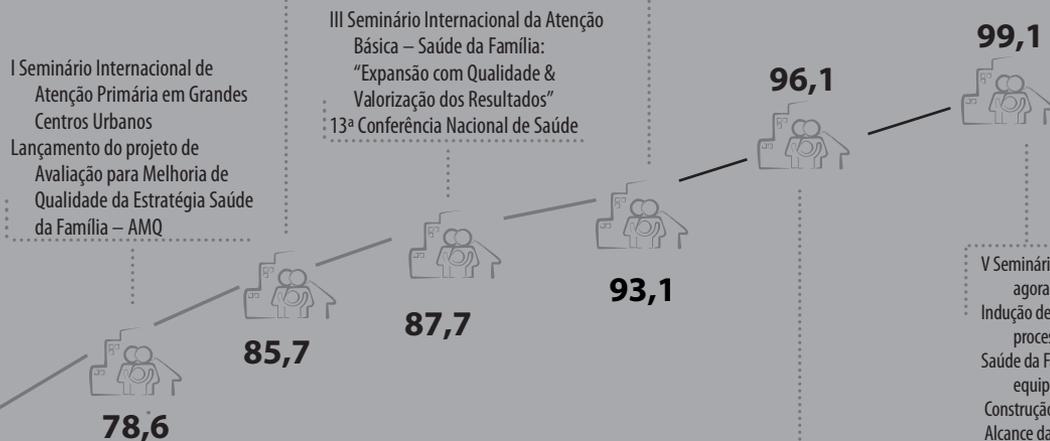
SINGER, A. Saúde. In: **A era FHC: um balanço**. LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. Org. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002.

LINHA DO TEMPO DA SAÚDE DA FAMÍLIA



Regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde pela Lei No 11.350
 Publicação da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB
 Publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC
 II Seminário Internacional de Atenção Primária – Saúde da Família: “Construindo a Integralidade do Cuidado”
 Lançamento do Pacto pela Saúde

Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Portaria nº 154/SAS/MS, de 24 de janeiro de 2008.
 III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família/ IV Seminário Internacional da Atenção Básica – Saúde da Família: “30 anos de Alma Ata 20 anos de SUS e 15 anos de Saúde da Família”/III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família.
 Criação do Programa Saúde na Escola (PSE) - Portaria nº 1.861 GM/MS, de 04 de setembro de 2008.
 Inclusão do microscopista na equipe de Saúde da Família - Portaria nº 2.143/GM/MS, de 09 de outubro de 2008.
 Incentivos diferenciados para as equipes que atuam no Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) - Portaria nº 2.920/GM/MS, de 02 de dezembro de 2008.
 29.300 equipes de Saúde da Família, 230.244 agentes comunitários de saúde e 17.807 equipes de Saúde Bucal atendem mais de 93 milhões de pessoas.



I Seminário Internacional de Atenção Primária em Grandes Centros Urbanos
 Lançamento do projeto de Avaliação para Melhoria de Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ

III Seminário Internacional da Atenção Básica – Saúde da Família: “Expansão com Qualidade & Valorização dos Resultados”
 13ª Conferência Nacional de Saúde

V Seminário Internacional da Atenção Básica – Saúde da Família: “Saúde da Família, agora mais que nunca”.
 Indução de integração do Agente de Combate às Endemias à equipe de SF, convergindo os processos de trabalho entre profissionais da APS e Vigilância em Saúde.
 Saúde da Família para Populações Ribeirinhas - flexibilização no processo de trabalho das equipes e financiamento de custeio para unidades de saúde fluviais.
 Construção de 8.964 novas unidades de Saúde da Família no PAC2.
 Alcance da meta de ACS do “Mais Saúde” (240.000 ACS) de 2011 em agosto de 2010, com o expressivo número de 241.988 agentes comunitários de saúde, em 30.328 equipes de Saúde da Família e 18.982 equipes de Saúde Bucal, atendendo mais de 99 milhões de pessoas.

Repasso fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios para aquisição de equipamentos e material permanente - Portaria nº 2.198 GM/MS, de 17 de setembro de 2009.
 Instituição do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de saúde para as equipes de saúde da Família - Portaria nº 2.226 GM/MS, de 17 de setembro de 2009, com repasse aos municípios para a construção de 1289 novas Unidades de Saúde para as equipes da Saúde da Família.
 30.328 equipes de Saúde da Família, 234.767 agentes comunitários de saúde e 18.982 equipes de Saúde Bucal atendem mais de 96 milhões de pessoas.



**População coberta
 pela Saúde da Família
 EM MILHÕES**

2005

2006

2007

2008

2009

Agosto de
 2010





O Brasil visto de fora!

Programa Saúde da Família (PSF) do Brasil – uma perspectiva pessoal sobre um programa nacional



O crescimento e desenvolvimento do programa PSF tem tido impactos profundos no Brasil, possivelmente sendo o exemplo mais importante da rápida expansão de um programa de cuidados primários em todo o mundo nos últimos 20 anos. Tive o privilégio de participar nas primeiras etapas de sua implantação no final da década de 1980, o que levou à formação do PSF e é um prazer especial para mim, ver como o programa se expandiu até hoje alcançando uma ampla cobertura populacional.

No final da década de 1980 houve uma série de características marcantes da saúde pública e de condições em que se encontravam os cuidados de saúde no Brasil:

- Prevalência da assistência hospitalar especializada com base, muitas vezes sem atender às necessidades de saúde da população e levando a uma utilização ineficiente dos recursos.
- Escolas Médicas despreparadas para a formação e a educação de seus alunos para os desafios de saúde e sociais mais prevalentes,
- As grandes desigualdades socioeconômicas e de saúde entre e dentro dos estados;
- Fragmentação na organização dos cuidados de saúde, particularmente, de um lado, entre o tratamento curativo e o cuidado médico, e por outro lado, das atividades preventivas, especialmente dirigidas às doenças transmissíveis,
- Falta de articulação entre o governo federal, governos estaduais e municípios

Neste contexto, a incorporação de um Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) na Constituição de 1988 foi uma evolução bem-vinda e muito necessária. No entanto, havia muitos problemas políticos, técnicos e organizacionais que precisavam ser superados para que a visão de um sistema de saúde moderno, mais equitativo e eficiente, baseado na atenção primária fosse se tornar uma realidade.

Em primeira mão, pude experimentar algumas dessas importantes mudanças através de um programa de intercâmbio, apoiado pelo Conselho Britânico, entre o departamento de minha universidade na época (Departamento de Atenção Primária da Universidade College London School of Medicine, UCL) e um programa de formação de médicos de família do

1. Diretor da London School of Hygiene and Tropical Medicine e professor de Saúde Pública e de Atenção Primária em Saúde

Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, em conjunto com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Este programa, juntamente com o programa do Centro de Saúde São José do Murialdo, eram dois dos poucos programas de formação de cuidados primários em todo o Brasil na época. Graças à liderança de Carlos Grossman e ao excelente trabalho de muitos desses profissionais formados por estes dois programas, um núcleo de excelência foi criado e mantido em um ambiente que nem sempre foi solidário com os objetivos da atenção primária em saúde.

Muitos médicos de família brasileiros, incluindo Airton Stein, Magda Costa e Henrique Fontana passaram um tempo no Reino Unido na UCL ou na London School of Hygiene and Tropical Medicine, onde tiveram a oportunidade de conhecer em primeira mão, o papel do médico de família no Reino Unido e a realizar uma pós-graduação. Embora houvesse uma série de influências internacionais no desenvolvimento do PSF, incluindo experiências do Canadá e Cuba, a experiência do Reino Unido, sem dúvida, teve um impacto considerável. O Curso Internacional de Atenção Primária, que ocorreu durante muitos anos na UCL, constituiu uma oportunidade para os médicos de família em todo o mundo, incluindo muitos do Brasil, para aprender sobre metodologia de ensino e a organização da atenção primária no Reino Unido. A importância do médico de família no sistema de saúde inglês, a cobertura populacional, o desenvolvimento de equipes de cuidados primários, a formação de graduação e pós-graduação e o crescimento da gestão do cuidado de doenças crônicas na atenção primária foram relevantes para enfrentar os desafios encontrados no Brasil.

Foi oportuno que estas atividades tenham ocorrido num momento em que o ambiente político no Brasil estava cada vez mais receptivo à necessidade de prestar cuidados de saúde acessíveis a toda a população, particularmente a grupos mais desfavorecidos. A alteração do cenário político e o fortalecimento dos processos democráticos, claramente, teve um papel importante em apoiar e facilitar o desenvolvimento da atenção primária no Brasil. Uma série de reuniões com políticos como o Governador do Estado do Rio Grande do Sul e de altos funcionários do Ministério da Previdência Social e do Ministério da Saúde, demonstrou que houve de apoio político para a ampliação da atenção primária. Também, participei de conferências que auxiliaram ampliar o caminho da atenção primária, como em Porto Alegre, em 1993, sobre a descentralização da saúde, e em Santarém, onde participaram muitos dos responsáveis no desenvolvimento da atenção primária na região Amazônica e de países vizinhos.

Foi particularmente feliz que essas atividades ocorreram num momento em que o ambiente político no Brasil era cada vez mais receptivo à necessidade de prestar cuidados

de saúde acessíveis a toda a população, particularmente grupos desfavorecidos. A alteração do cenário político e o fortalecimento dos processos democráticos claramente tiveram papel importante no apoio e na facilitação do desenvolvimento da atenção primária no Brasil. Uma série de reuniões com políticos, como o governador do Estado do Rio Grande do Sul e de altos funcionários do Ministério da Segurança Social e do Ministério da Saúde, demonstrou a mim que houve recolhimento de apoio político para a ampliação da atenção primária. Eu também estava envolvido em conferências que ajudaram a articular o caminho para a APS, como uma em Porto Alegre, em 1993, sobre a descentralização dos cuidados de saúde, e outra, em Santarém, que reuniu muitos dos envolvidos no desenvolvimento dos cuidados primários na Região Amazônica e de um número de países vizinhos.

Logo após o lançamento do programa, escrevemos um editorial cauteloso e otimista acolhendo o PSF, mas também reconhecendo os muitos obstáculos a serem superados para torná-lo bem sucedido e satisfazer as necessidades da população, como a formação inadequada dos médicos e a necessidade de qualificar o desenvolvimento profissional.

Desde então, é gratificante ver o progresso realizado para enfrentar estes desafios. Um número crescente de faculdades de medicina já oferece formação em atenção primária em saúde e há um quadro crescente de residentes nessa área. Sem dúvida, uma série de desafios ainda permanecem, incluindo as diferenças na qualidade do atendimento, a necessidade de ampliar a cobertura à toda a população, a expansão dos programas de formação e a garantia do crescimento continuado e apoio financeiro à atenção primária em saúde. No entanto, as importantes conquistas alcançadas não podem ser subestimadas, não só para o povo do Brasil, mas também globalmente. A rápida expansão tem muitas lições importantes para os países em diferentes níveis de desenvolvimento. Agora é um bom momento não só de olhar para trás e compreender como o PSF foi capaz de prosperar e crescer, mas também de olhar para frente procurando desenvolver o seu pleno potencial.

Referências

1. Haines A. Health care in Brazil. *BMJ* 1993; 306: 503-506
2. Haines A, Warchow E, Stein A, Mattos Dourado E, Pollock J, Stilwell B. Primary Care at last for Brazil? *BMJ* 1995; 310:1346-1347.

A Saúde da Família vista do outro lado do Atlântico



Em 1995, o então Presidente da República Portuguesa, Doutor Mário Soares, discorrendo sobre a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), apontou o relacionamento entre Portugal e o Brasil, como o de uma família com quase 200 milhões de seres humanos, unida pela língua, pela história e pelo afeto.¹⁵

Decorridos mais de 15 anos da alocução presidencial, feita no contexto da criação da CPLP – e com a família aumentada em alguns milhões de elementos –, não posso deixar de testemunhar que tem sido esses laços e esse afeto que tenho sentido ao trabalhar com colegas e instituições brasileiras. Em conjunto, afirmando a nossa efetiva solidariedade, capacidade de realização e respeito mútuo.

Tem valido a pena, pese o caminho percorrido ser ainda curto e reconhecer-se que os próximos anos serão importantíssimos para a consolidação desse relacionamento.

O Brasil, no qual Portugal se revê com tanto orgulho, é o maior país de língua portuguesa e uma nação com enorme peso e prestígio mundiais, que seguramente se irá afirmar cada vez mais no palco internacional, assumindo o protagonismo que lhe é devido.

Tal como entre as duas pátrias, é também de solidariedade o vínculo que une os médicos de Família de todo o mundo: partilhamos as mesmas necessidades e expectativas, um mesmo perfil, educação, cultura e ética.

A Medicina de Família e a Saúde da Família não conhecem fronteiras.

Num mundo assim unido, é sempre estimulante partilhar conhecimentos e trocar experiências com colegas oriundos de diferentes sistemas de saúde, influenciados por fatores culturais, históricos, políticos e económicos, também distintos entre si.

Estimulante, principalmente, porque, apesar de todas as diferenças e semelhanças que marcam o mundo onde exercemos, para todos nós médicos de Família e também para os outros profissionais da área da Saúde da Família, o futuro passará, estou certo, pela formação, pela investigação e pela qualidade do nosso desempenho.

Na área da saúde e mais especificamente na da atenção primária, temos que passar da proclamação de bons sentimentos e intenções à efetiva cooperação

¹ Médico de Família - Coordenador da Missão para os Cuidados Primários. Portugal

nas mais diversas áreas que integram o exercício da Medicina Familiar. Para tanto, impõe-se dar continuidade e aprofundar muitas das iniciativas realizadas em conjunto, na última década, pelos médicos de Família de Portugal e do Brasil.

A primeira experiência relevante conjunta, internacional, de que me recordo foi a organização de um *Workshop* no 15º Congresso Mundial da Associação Mundial de Médicos de Família (WONCA, junho de 1998, Dublin/Irlanda).

Foi um momento de afirmação: apesar de a língua oficial ser a inglesa, conseguiu-se autorização para realizar um *workshop* luso-brasileiro, em português, o que ocorreu pela primeira vez e onde profissionais de saúde de Portugal e do Brasil puderam falar de tudo um pouco (como habitualmente acontece quando nos encontramos), embora o tema oficial fosse a análise comparativa dos modelos de ensino, qualidade e investigação em atenção primária nos nossos dois países.

A segunda iniciativa conjunta, com grande impacto para todos nós, foi a organização do I Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, realizado no Rio de Janeiro, entre os dias 24 e 27 de outubro de 2000, com seminários envolventes em Fortaleza, Salvador e Porto Alegre. Do lado português, a organização esteve a cargo da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e da Associação Saúde em Português. No Brasil, coube ao governo do Estado do Rio de Janeiro e à Sociedade Gaúcha de Medicina Geral Comunitária a partilha dessa responsabilidade.

Foi, a todos os títulos, um grande acontecimento.

O objetivo era claro: incentivar a troca de experiências e informação técnico/científica entre profissionais da área da Medicina Geral, Familiar e Comunitária portugueses e brasileiros, estendendo as sinergias a alguns membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

A adesão dos profissionais foi impressionante: cerca de mil participantes médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde portugueses, brasileiros e alguns, poucos, africanos.

Foi, como é uso dizer-se, “sala cheia” do primeiro ao último minuto, no que constituiu uma manifestação do enorme interesse de todos não só pelo intercâmbio das experiências das duas nações, mas também pela qualidade das mesas que preencheram o extenso programa científico.

O simples fato de colegas de regiões do globo, tão distantes entre si, terem pensado, juntos, a Medicina Familiar e a Saúde da Família, trabalhando e aprendendo uns com os outros, constituiu uma vitória para as instituições responsáveis pela iniciativa.

No quadro da partilha de experiências relativas ao Programa Saúde da Família brasileiro

e à Medicina Familiar portuguesa, o encontro contribuiu para o reforço do associativismo e para a revitalização da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, um passo importante para a integração do Brasil na Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar, de que hoje é vice-presidente e da qual a APMCG e a ASP eram, respectivamente, membro titular e membro associado.

O Encontro teve por objetivo facultar a troca de saberes relativos ao Programa Saúde da Família no Brasil e à Medicina Familiar em Portugal, destacar o contributo da saúde para o desenvolvimento dos povos e, por fim, centrar a Medicina Familiar como a Medicina do século XXI. Cumpriram-se todos os objetivos.

A realidade brasileira é bem diferente da portuguesa, até pela imensidade do país irmão, pelas disparidades sociais, pelas diferenças entre cada Estado com a sua organização própria no campo da saúde, pela sociedade multiétnica, mas também pelas diferenças de conceitos e práticas no campo da saúde.

Muito provavelmente, terão sido essas diferenças que suscitaram tão grande curiosidade, interesse e até entusiasmo em conhecer melhor as experiências, os problemas e os conceitos.

Nunca mais deixei de ir regularmente ao Brasil... Aos Congressos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a cada ano mais participados, mais bem organizados e com um nível científico mais elevado... E também a muitos Seminários Internacionais de Atenção Primária/Saúde da Família, organizados pelo DAB do Ministério da Saúde, onde podemos encontrar personalidades relevantes da Atenção Primária Mundial, a debater temas cruciais ao desenvolvimento da Saúde da Família... Também, por força da minha colaboração no Projeto AMQ. Tenho sido, pois, um observador privilegiado da enorme evolução que na última década a Saúde da Família tem registrado no Brasil, com os indicadores de saúde a melhorar significativamente, o número de equipas e de profissionais de saúde da família a crescer, um esforço enorme pela melhoria da qualidade, pela formação dos profissionais... A demonstrar que valeu a pena a corajosa aposta política no Programa Saúde da Família.

É sempre com emoção que vejo os gráficos com o mapa do Brasil cada ano mais preenchido com mais equipas de Saúde da Família e todos os Estados cada vez com maior densidade de recursos assistenciais, que se traduz, habitualmente, por um azul mais carregado. Tem sido uma constante nos últimos anos.

Mas o inverso também é verdadeiro, e a curiosidade e o interesse pelo que se passa em Portugal crescem no Brasil e se traduzem, todos os anos, em visitas a Lisboa de profissionais de saúde, académicos, gestores, políticos ou simplesmente amigos, que

nos contatam e visitam, procurando se manterem a par das “últimas” sobre a Reforma da Atenção Primária, fazer investigação ou participar de algum estágio profissional.

Salientaria, pela sua relevância, a organização do 1º Encontro Luso-Brasileiro de Jovens Médicos de Família em simultâneo com o 3º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, que teve lugar no Estoril, de 27 a 30 de setembro de 2008.

Com o apoio do DAB e do Ministério da Saúde, foi possível a participação de mais de 50 profissionais de saúde do Brasil, que muito enriqueceram o conteúdo científico do Congresso, oferecendo-nos excelente imagem do muito e bom trabalho que atualmente se faz na atenção primária.



Portugal recebeu, de 2 a 9 de maio de 2009, uma missão brasileira de visita às nossas Unidades de Saúde Familiar, integrada pelos vencedores do III Concurso Nacional de experiência em Saúde da Família. Com o objetivo de conhecer o funcionamento dos Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar e estreitar parcerias no campo teórico-prático, entre os sistemas de saúde do Brasil e de Portugal, os participantes tiveram dias

de intensa programação. Foi para nós uma honra que o DAB tenha escolhido Portugal e aguardamos com expectativa uma nova visita de estudo, prevista para este ano.

Não posso deixar de referir as cordiais relações pessoais e profissionais que estabeleci, ao longo destes anos, com um enorme conjunto de colegas e amigos brasileiros. Mesmo correndo o risco de cometer a injustiça de omitir muitos, gostaria de destacar os Presidentes da SBMFC, João Falk, Inez Anderson e Gustavo Gusso; Ricardo Donato, Carlos Eduardo (Cadu) e Marcelo Demarzo, assim como alguns parceiros do DAB, como Luis Fernando, Claunara, Núlvio, Eronildo e Iracema. E também o meu mais recente amigo: Oscarino dos Santos Barreto Júnior, grande figura e grande médico de Família.

Relembrando quão efêmeras, por vezes, podem ser as boas ideias, as grandes intenções e os projetos de circunstância, termino apontando estes mais de dez anos de trabalho conjunto como fonte generosa de orgulho para todos os que nele tivemos o privilégio de participar.

Como disse o escritor José Antunes Ribeiro, “Já que o passado está morto. VIVA O FUTURO”.







Desafios

O desafio dos processos e do mercado de trabalho na APS – o desafio da formação e da qualificação





Francisco Eduardo de Campos¹
Ana Estela Haddad²
Vinícius de Araújo Oliveira³
Raphael Augusto Teixeira de Aguiar⁴

1. Introdução

Desde o início de sua implantação, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve crescimento exponencial, tanto em termos de cobertura quanto em número de profissionais envolvidos. Tal fato trouxe, aliado à melhoria do acesso dos brasileiros à saúde, uma questão central: como capacitar os trabalhadores dessas equipes para a prática novoparadigmática da estratégia?

Iniciativas na área de Educação Permanente têm sido implementadas em todo o território nacional, servindo como modelo e oportunizando profícua reflexão acerca desse processo, porém sem conseguir reverter numericamente o déficit de profissionais capacitados nas equipes da ESF. O primeiro grande esforço nacional para lidar com esse desafio foi a criação dos Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, em 1997, que tinham, por objetivo, apoiar a expansão e consolidação dessa estratégia por meio da qualificação da então incipiente força de trabalho vinculada à atenção básica. Além disso, esses consistiram nas primeiras iniciativas a refletir sobre os cursos de graduação e as mudanças necessárias ao melhor preparo de seus egressos para o exercício adequado da Saúde da Família (VIANA; FARIA, 2002; GIL et al., 2002)

A priorização da integração ensino-serviço em todas as suas áreas de atuação, bem como a oferta de diversas modalidades de capacitação profissional – como cursos introdutórios, de atualização ou aperfeiçoamento para agentes comunitários de saúde, supervisores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e instrutores de PSF e PACS, além de cursos de especializações, residências e programas de educação permanente a distância para profissionais de nível universitário – foram as estratégias executadas pelos polos para o

- 1 Médico, Doutor em Saúde Pública. Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde.
- 2 Cirurgiã-Dentista, Doutora em Ciências Odontológicas. Professora Doutora do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Diretora de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.
- 3 Médico, Mestre em Saúde Pública. Profissional Nacional da Organização Pan-Americana da Saúde, descentralizado para o Ministério da Saúde. Coordenador da Rede Universidade Aberta do SUS.
- 4 Médico, Mestre em Saúde Pública, Doutor em Educação. Pesquisador Associado do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais.

cumprimento de seus objetivos. Entre 1998 e 2001, essas instâncias realizaram 9.647 cursos e eventos para um total de 173.233 egressos (GIL et al., 2002).

A maior parte desses cursos foi introdutória ou temática de curta duração, mas nesse período foram induzidos os primeiros cursos de especialização em formato de residências multiprofissionais em Saúde da Família e estimulou-se a revisão da especialidade Medicina Geral e Comunitária, que, em 2002, passou a se chamar Medicina de Família e Comunidade (OLIVEIRA; BELISÁRIO, 2005).

Os Polos de Saúde da Família, como ficaram conhecidos, foram extintos no início de 2003. Uma nova política de educação permanente para os profissionais do SUS começou a ser concebida após a mudança de governo no âmbito federal, tendo sido oficializada posteriormente pela Portaria Ministerial nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Essa política se fundamentava, basicamente, em dois pilares: o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que preconiza uma reflexão cotidiana e multiprofissional sobre o processo de trabalho por parte das próprias equipes de saúde; e a participação multissetorial na priorização das iniciativas de qualificação profissional, com a participação de estudantes de graduação, trabalhadores, gestores e representantes do controle social. Para a promoção do primeiro pilar, foi concebido, pela Escola Nacional de Saúde Pública, o Curso de Facilitadores da Educação Permanente em Saúde, na modalidade a distância. Já o segundo pilar se expressou, sobretudo, na criação dos Polos de Educação Permanente, instâncias regionais que diferiam dos polos anteriores por não priorizarem especificamente a Atenção Básica e por não mais serem diretamente coordenadas por instituições acadêmicas, atuando como “dispositivos do SUS para a discussão da Educação Permanente” (BRASIL, 2004).

Essa política também não conseguiu reverter o déficit de qualificação no qual se encontravam os profissionais de Saúde da Família. A própria natureza desse mercado de trabalho é responsável por algumas dificuldades: a sua expansão contínua assim como a significativa rotatividade de profissionais observada nessa estratégia são fatores que contribuem para a manutenção desse déficit, uma vez que há sempre profissionais recém-formados ou sem qualificação específica para a Saúde da Família ingressando nela. Além disso, a inexistência de uma direcionalidade específica para a atenção básica agravou o déficit: entre janeiro de 2003 e junho de 2005, durante a vigência dos Polos de Educação Permanente, apenas 47,72% do recurso empenhado pelo tesouro nacional para esse fim até dezembro de 2005 havia sido executado, o que corresponde a menos da metade do total destinado à qualificação daquela força de trabalho específica (CAMPOS; AGUIAR, 2005).

Por esse motivo, e também devido à eminência do início da segunda fase do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – programa financiado

pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e que visava principalmente à expansão daquela estratégia nos municípios com mais de 100 mil habitantes –, o Ministério da Saúde começou a estabelecer estratégias para a especialização em Saúde da Família em larga escala, buscando superar o *gap* existente entre o número de profissionais inseridos na Estratégia e a quantidade de vagas de especialização disponíveis para a sua qualificação. Inicialmente, o Ministério planejou, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, uma rede colaborativa com o propósito de apoiar a cooperação entre instituições acadêmicas que ministravam, ou pretendiam ministrar, cursos de especialização em Saúde da Família. A Rede Multicêntrica de Apoio à especialização em Saúde da Família nas Grandes Cidades (Rede MAES), embora não tenha se constituído *a priori* em uma política estruturada para proporcionar a colaboração desejada, possibilitou uma primeira aproximação daquelas instituições e o início de discussões sobre o assunto. Visando aprofundar os mecanismos de cooperação e a participação das instituições acadêmicas envolvidas, a Rede MAES foi posteriormente convertida em uma ação do Programa Mais Saúde, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), do qual se falará mais adiante.

2. Estratégias articuladas para formação e qualificação

Apesar de terem exercido um importante papel na formação de uma massa crítica para a APS nacional, as estratégias tradicionais de descentralização de recursos para o nível local, financiamento de especializações presenciais e residências não foram suficientes para reverter um quadro de formação profissional com determinantes complexos e multifatoriais. Nos Documentos de Referência 1 da UNA-SUS, Oliveira, Aguiar e Campos (2008) previam déficit crescente de recursos humanos qualificados para a Estratégia Saúde da Família caso se mantivesse a corrente estratégia.

A reversão desse quadro requereu uma política de formação de recursos humanos estruturada como uma rede de ações voltada para as diversas etapas da educação desses profissionais. Assim, foram pensadas ações para reorientar a formação da graduação, acertando o rumo para o futuro; formar lideranças na educação em saúde por meio de residências em atenção primária e cursos para docentes; e qualificar os trabalhadores em serviço nas equipes de Saúde da Família.

Para colocar essas ações em marcha, foi necessário criar um conjunto de mecanismos administrativos e institucionais, de forma a garantir a boa execução física e financeira dos projetos, obedecendo aos princípios da administração pública, seguindo as recomendações dos órgãos de fiscalização e controle, em harmonia com o Ministério da

Educação e guiados pelos princípios do SUS. Assim, foi criada a Comissão Interministerial de Gestão da Educação em Saúde, regulamentando o inciso terceiro do artigo 200 da Constituição; retomou-se o mecanismo de repasse fundo a fundo para o financiamento da política de educação permanente em saúde, reinstaurando o papel de condução e execução das gestões estaduais e municipais do SUS; foram criados mecanismos de pagamento direto de bolsas de estudo pelo Fundo Nacional de Saúde e mobilizado o potencial de educação a distância das universidades públicas brasileiras. Algumas dessas ações são apresentadas a seguir, divididas em iniciativas para reorientar a formação de profissionais e ações para qualificar os profissionais em serviço. Os dados foram obtidos do relatório de gestão da SGTES/MS de 2009 (BRASIL, 2009).

3. Ações de reorientação da formação de profissionais para atuar em APS

As ações que têm como foco apoiar diretamente as mudanças na graduação em saúde estão organizadas no Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005. As primeiras ações desse programa consistiram na seleção de projetos de reorientação de cursos de graduação, inicialmente apenas para Medicina, Enfermagem e Odontologia e, em 2007, para os demais cursos da saúde. Atualmente, 354 cursos são apoiados técnica e financeiramente, com impacto sobre mais de 100 mil estudantes.

Outras ações foram desencadeadas em duas frentes: formação de lideranças e valorização das iniciativas de integração das instituições educacionais com as equipes de Saúde da Família. Para apoiar a formação de lideranças, novas oportunidades foram abertas, como o programa internacional de *fellowship* em educação na saúde, parceria com o Instituto FAIMER e, mais recentemente, o lançamento do Pró-Ensino na Saúde, programa da CAPES para expansão das pós-graduações *stricto sensu* nessa área.

Para valorizar a integração ensino-serviço, na ESF foi implementado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde, o PET-Saúde, um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O PET-Saúde consistiu em um marco, pois, ao regulamentar o pagamento direto de bolsas de estudos pelo Fundo Nacional de Saúde, vem permitindo a realização de ações educacionais de modo mais eficaz do que o mecanismo anterior, de celebração de convênios e termos de cooperação.

Cada grupo PET-Saúde é formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes – dos quais 12 são bolsistas – e seis preceptores. Foram formados 306 Grupos PET-Saúde, os quais

desenvolveram atividades no ano letivo de 2009. A formação completa desses grupos selecionados, ou seja, 37 integrantes em cada grupo, gera o pagamento de 5.814 bolsas mensais, além da participação de 5.508 estudantes não bolsistas, totalizando 11.322 participantes.

Para apoiar a expansão de residências médicas em áreas estratégicas para o SUS, foi lançado o Programa Pró-Residência Médica. Duzentos e trinta programas de residência médica estão sendo apoiados com concessão de 785 bolsas, sendo 23 destes em Medicina de Família e Comunidade (MFC), totalizando 272 bolsas. Isso significa que 46,5% das 584 vagas em MFC no País são hoje financiadas diretamente pelo Ministério da Saúde.

4. Ações para apoiar a qualificação dos profissionais em serviço

O Programa Telessaúde Brasil utiliza modernas tecnologias de informação e comunicação para apoiar os profissionais das equipes de Saúde da Família. Centros de saúde são conectados via internet a equipes universitárias que dão apoio ao processo de tomada de decisão local por meio da Segunda Opinião Formativa. A distinção em relação à segunda opinião tradicional reside no seu potencial educacional, pois o profissional aprende em serviço e suas dúvidas embasam a elaboração de listas de perguntas e respostas frequentes baseadas em evidências. No final de 2009, 789 municípios já contavam com um total de 1.011 pontos de telessaúde conectados a dez núcleos, beneficiando 2.796 equipes de Saúde da Família. Certamente a iniciativa de maior impacto é a oferta de 26.500 vagas em cursos de especialização em SF por universidades integrantes da Rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). A UNA-SUS permite que os trabalhadores da saúde tenham acesso a ações educacionais de qualidade certificada, em todo o território nacional, que reconhecem e valorizam seus conhecimentos prévios, e de forma compatível com seus horários e estilos de aprendizagem.

Essas vagas são frutos de convênios e termos de cooperação do Ministério da Saúde com universidades públicas de renome nacional, ou com Secretarias Estaduais de Saúde com projetos de formação em larga escala em andamento. 4.380 profissionais já iniciaram os cursos, e as demais vagas serão preenchidas por editais até 2011. Essas instituições assumiram o compromisso de formar profissionais que estarão capacitados a cumprir seus papéis na equipe, coordenando seu trabalho com os dos demais, proporcionando atenção primária resolutiva e de qualidade para as comunidades onde atuam.

Essa ação em andamento formará, em quatro anos, mais especialistas em Saúde da Família do que o número de profissionais com essa titulação hoje disponíveis. Mesmo

considerando que só 20% das vagas sejam ocupadas por médicos, formará mais do que todo o estoque de especialistas em MFC.

UNA-SUS e Telessaúde são estratégias sinérgicas. Os pontos de telessaúde são potenciais locais de realização de atividades educacionais, e os núcleos de telessaúde têm apoiado os cursos, provendo conteúdo educacional digital e tecnologias de informação e comunicação. Ao mesmo tempo, as estratégias de gestão de recursos educacionais da UNA-SUS têm dado maior visibilidade e sustentabilidade à produção de conteúdos pelos Núcleos de Telessaúde, bem como servido de plataforma educacional para reconhecimento das atividades realizadas pelos núcleos.

5. Conclusão

O Quadro 1, a seguir, sintetiza quantitativamente os avanços obtidos na formação e educação permanente de profissionais para a ESF. Os dados sobre equipes de Saúde da Família implantadas foram obtidos do *site* do DAB e os relativos a vagas em residências em MFC, do *site* da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Quanto às vagas garantidas em cursos de especialização em SF e em residências multiprofissionais em saúde, elas foram estimadas até 2006 a partir do trabalho de Pierantoni (2008) e, de 2007 em diante, obtidas dos sistemas gerenciais do DEGES.

Quadro 1 – Número de equipes de Saúde da Família implantadas e oferta de vagas em residências multiprofissionais, em MFC, e em cursos de especialização em Saúde da Família, Brasil 1998 a 2009

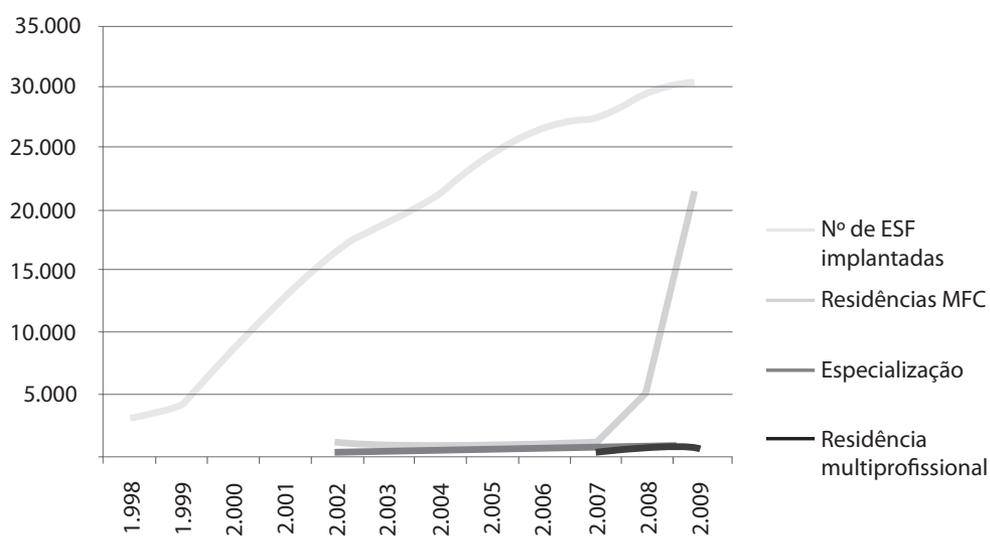
Ano	Nº de ESF implantadas	Residências MFC	Especialização	Residência multiprofissional
1.998	3.062			
1.999	4.114			
2.000	8.503			
2.001	13.155			
2.002	16.698	193	860	
2.003	19.068	224	860	
2.004	21.232	249	680	
2.005	24.564	345	680	
2.006	26.729	547	920	
2.007	27.324	585	1.040	241
2.008	29.300	558	5.200	582
2.009	30.300	584	17.200	710

Fonte: DAB, 2010; CNRM, 2010; DEGES, 2010

A Figura 1 sintetiza esses dados, tornando mais clara a inflexão realizada nos últimos anos. Até 2005, o número de vagas em cursos de especialização (incluindo residências) não passava de 7%, tendência que foi revertida pelo apoio às residências multiprofissionais em saúde, triplicação das vagas de residência em MFC e expansão maciça de vagas em cursos de especialização em Saúde da Família, por meio da Universidade Aberta do SUS.

Tudo indica, portanto, que as estratégias atualmente em curso estão sendo eficazes no sentido de reverter o desalinhamento entre a Estratégia Saúde da Família e o sistema educacional. Em 2014, no lançamento do livro comemorativo dos 20 anos da ESF, certamente estaremos em posição muito mais confortável em relação à qualificação dos profissionais para atuar na atenção primária.

Figura 1 - número de equipes de saúde da família implantadas e oferta de vagas em residências multiprofissionais, em MFC, e em cursos de especialização em Saúde da Família, Brasil 1998 a 2009



Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. **Consulta Dados dos Programas por Instituição**. Disponível em: <http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/cons_res_inst.asp>. Acesso em: 14 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família: diretriz conceitual**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 5 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 66 p.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Especialização em Saúde da Família: uma estratégia para o apoio à expansão da Atenção Básica nas grandes cidades. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 8, p. 38-46, 2005. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia8.pdf>. Acesso em: 15 maio 2010.

FARIA, R. M. B.; VIANA, A. L. A. V. Experiências inovadoras de capacitação de pessoal para atenção básica no Brasil: balanço, limites e possibilidades dos polos. In: **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.** Campinas: Unicamp IE, 2002, p. 127-159.

GIL, C. R. R et al. Polos de capacitação em Saúde da Família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para Atenção Básica. In: **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.** Campinas: Unicamp IE, 2002. p. 103-125.

OLIVEIRA, Vinícius de Araújo; BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Medicina de família e comunidade: discussões sobre uma especialidade médica.** 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

OLIVEIRA, Vinícius de Araújo; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; CAMPOS, Francisco Eduardo de. **Documento de Referência 1 da Universidade Aberta do SUS – Justificativa detalhada.** Brasília, 2008. Disponível em: <<http://link.unasus.net.br/dr1>>.

PIERANTONI, Célia Regina. et al. **Avaliação de cursos de especialização em Saúde da Família.** Relatório Parcial de Pesquisa. Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2008.



Um olhar para o futuro – perspectivas e desafios





Desde a segunda metade do século passado, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem se desenvolvendo como orientadora dos sistemas de saúde de caráter universal em países como Inglaterra, Espanha, Portugal, Suécia, Holanda, Canadá, Nova Zelândia, entre outros.

A APS brasileira está implementada como política de Estado e definida em um formato abrangente, compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2004).

Esse conceito evidencia que estamos construindo, no sistema de saúde brasileiro, uma atenção primária à saúde integral, ampla e abrangente e não a APS seletiva dos pacotes básicos para “pobres”.

Os sistemas municipais de saúde estruturados a partir da Estratégia Saúde da Família tem provocado um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção no SUS, que parte do primeiro contato com a população e das suas necessidades, com cuidado integral e longitudinal e coordena os usuários na rede de serviços (STARFIELD, 2002). E dessa forma propicia maior racionalidade na utilização dos demais pontos da rede de cuidado.

A Saúde da Família, em um esforço tripartite que superou as divergências político partidárias para avançar na implantação dos preceitos constitucionais, tem se mostrado capaz de responder às demandas crescentes e complexas dos problemas de saúde da população brasileira, como é de se esperar num sistema orientado pela APS. A decisão brasileira da Saúde da Família ser formada por uma equipe multiprofissional e orientada para um território de responsabilidade tem permitido aumento na oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimento e morte, principalmente por motivos preveníveis por ações dos serviços de saúde.

São 90 milhões de brasileiros que acessam o Sistema de Saúde por meio da Saúde da Família, 70 milhões com Saúde Bucal, e a presença dos

¹ Médica de Família e Comunidade. Diretora do Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde

Agentes Comunitários de Saúde aumenta a oferta da atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural dessas equipes.

Em 2008, com a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF –, reforçamos o desafio da multiprofissionalidade, uma premissa da Saúde da Família no Brasil, que passa a incluir outros profissionais de saúde, de diferentes áreas de conhecimento, aumentando a possibilidade de qualificar o processo de trabalho dos profissionais pela busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos, compartilhando as melhores práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.

Os resultados positivos apontados em vários estudos abordando a Saúde da Família abrangem diferentes fatores, como a avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde (ELIAS, et al, 2006), à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços (FACCHINI, et al, 2006; PICCINI, et al, 2006), à redução da mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006), à redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária (MACINKO; GUANAIS, 2009) e à melhoria de indicadores sócio-econômicos da população (ROCHA; SOARES, 2009).

Mais especificamente sobre a redução da mortalidade infantil, um indicador clássico, mas permeado por vários dos determinantes sociais da saúde, um estudo demonstrou que isoladamente o aumento na cobertura de Saúde da Família foi capaz de reduzir em 4,6% a mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006), controlado para vários aspectos relacionados, sendo seu impacto menor somente que a escolaridade materna. Já sobre alguns indicadores sócio-econômicos, outro estudo recente aponta que nas regiões mais pobres do país a implementação da ESF está robustamente associada com o crescimento do emprego em adultos, redução da fecundidade e aumento da escolaridade em jovens (ROCHA; SOARES, 2009).

O relatório anual da OMS de 2008 – “Primary Health Care, now more than ever”, traduzido para o português ([HTTP://...](http://...)) reforça a APS como uma idéia-força após 30 anos de Alma-Ata, e faz referência à experiência brasileira (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Ou seja, o desafio da próxima década, para a experiência brasileira de Atenção Primária à Saúde é que a Saúde da Família exerça a função de centro de comunicação nas redes de atenção à saúde.

Quais são os desafios para uma atenção primária coordenadora da rede de atenção?

Utilizando as diferentes dimensões propostas no relatório anual da OMS de 2008 e os desafios apontados pelo Ministério da Saúde, apresentamos o que foi realizado e os desafios da próxima década:

1. O desafio do Financiamento:

“Crescimento dos recursos de saúde rumo à cobertura universal”

“Atenção Primária à Saúde não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o recurso investido do que todas as outras alternativas”

“Sistema pluralístico de atenção à saúde operado num contexto globalizado”. (OMS, 2008)

O Piso de Atenção Básica aumentou 80%, era 10 reais em 2002 e aumentou para 18 reais em 2009 (R\$ 3,4 bilhões, Resolução nº 8, de 27/08/2008 do IBGE, estimativa populacional de referência de 01/07/08). Se utilizássemos uma atualização monetária, como o INPC do IBGE, o valor do PAB corrigido em relação a 2002, seria cerca de R\$29,00 reais, um impacto de mais 1,8 bilhão de reais em 2010. O orçamento previsto para 2011, que faz o PAB fixo chegar a R\$ 19,00 reais, impacta o orçamento federal em R\$ 3.57 bilhões.

Os incentivos variáveis da Atenção Básica, que refletem os valores federais para a Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal e dos Agentes Comunitários de saúde, passaram de 682 milhões em 2000 para 5.6 bilhões em 2009. Os valores orçamentários previstos para custear 247.000 Agentes Comunitários de Saúde, 32.500 Equipes de Saúde da Família, 21.500 Equipes de Saúde Bucal e 1.500 NASFs acumulativamente até dezembro de 2011, somam 6,57 bilhões de reais.

O investimento para o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes de Saúde da Família, previstos no Programa de Aceleração de Crescimento – PAC II, soma 1,7 bilhão de reais para a construção de 8.694 UBS nos próximos quatro anos.

O desafio futuro em relação ao financiamento da APS diz respeito à eficiência alocativa do SUS, ou seja, a regulamentação da EC 29, com novos recursos para o sistema, devendo vincular recursos federais e estaduais na atenção primária, permitindo que a Saúde da Família seja o projeto estruturante do SUS. Nos municípios, recursos adicionais permitirão inovação na forma de contratação e de pagamento aos profissionais das equipes – o que é caro na atenção primária são recursos humanos – com modalidades que levem em conta o bom resultado na saúde das pessoas sob responsabilidade das equipes.

2. O desafio da Saúde da Família orientada às necessidades da população

“Atenção à saúde para toda a comunidade”

“Equipes de Saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos”

“Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças”

“Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde” (OMS, 2008)

O Brasil tem três importantes características no seu modelo de APS, que nos diferenciam dos outros países: a decisão das equipes multidisciplinares serem responsáveis por territórios geográficos, a presença singular dos agentes comunitários de saúde – competência cultural e a inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde.

A situação de saúde no Brasil, provocada pela transição demográfica e pela urbanização faz com que o sistema de saúde brasileiro deva responder pela “TRIPLA CARGA de DOENÇAS.” (MENDES, 2009)

1. Ainda as doenças infecciosas e parasitárias: dengue, H1N1, malária, hanseníase, tuberculose (etc)
2. O aumento das condições crônicas (com o envelhecimento das pessoas) e seus fatores de risco (fumo, sedentarismo, má alimentação) e a
3. Violência e as causas externas de morbi-mortalidade

Para dar respostas ao aumento das condições crônicas, pelo aumento da sobrevivência da população, e conseqüentemente, ao acúmulo das co-morbidades, os processos de trabalho das equipes devem responder às novas necessidades da população, que não vai obter “cura” para as suas condições crônicas, mas sim o cuidado compartilhado, com autonomia dos sujeitos, que receberão mais informações sobre seus problemas de saúde, melhor seguimento de suas condições crônicas e maior qualidade nos cuidados preventivos, inclusive na prevenção de uso desnecessário de tecnologias.

O trabalho em equipe se faz necessário para responder à complexidade dos problemas em atenção primária, exigindo-se conhecimento dos condicionantes da saúde, do risco e vulnerabilidade de famílias ou indivíduos a fim de desenvolver projetos de intervenção específicos. Deve-se reformular saberes e práticas oriundos da formação – realizada nos hospitais e ambulatórios de especialidades médicas – incorporando conceitos das ciências sociais e outros campos – em programas de educação permanente, cursos, discussão de casos e de famílias, consensos e aprendizagem entre pares. A esse processo temos chamado no Brasil de Apoio Matricial – e o temos experimentado na relação das equipes de Saúde da Família com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. (BRASIL, 2010)

Vale destacar que o nó crítico mais citado pelos gestores é a falta de médicos de família e comunidade com perfil e capacidade técnica, e em quantidade suficiente para atender

ao processo de qualificação da Saúde da família em curso. Mesmo com o esforço do aumento de vagas de residência em MFC, com os editais I e II do Pró-Residência (PT Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009), a maior parte delas nem mesmo são preenchidas. Por essa razão, experiências de ensino-serviço devem ser ampliadas no Brasil, especialmente nos municípios onde estão localizadas as residências médicas, colocando os médicos residentes em MFC vinculados à gestão municipal, ampliando sua remuneração, mas com a garantia de tempo para sua formação em serviço, utilizando todos os recursos disponíveis para educação, como o das tecnologias não presenciais. Faz-se necessário valorizar essa especialidade médica, e que os estudantes de medicina tenham professores na sua graduação, como referências, por isso, experiências internacionais, como no Canadá e Espanha passaram pela criação de departamentos de medicina de família nas faculdades de medicina como um importante definidor da decisão política de se avançar na consolidação e reconhecimento desses especialistas. Avançamos com projetos que utilizam as Unidades Básicas de Saúde e as Equipes de Saúde da Família como espaço de formação dos graduandos nas áreas da saúde, como é o Pró-Saúde e o PET Saúde, porém, são : o reconhecimento social desses profissionais, com modelos em quem possam se espelhar, a possibilidade de educação permanente, a melhoria da infra-estrutura das unidades, a possibilidade de participação em congressos e eventos científicos e o estímulo à produção intelectual, cruciais na escolha da atenção primária pelos profissionais como um espaço de realização do trabalho em saúde.

O papel da enfermagem nessa transição, de uma atenção primária orientadora do cuidado, que substitui a cura pelo cuidado, a tecnologia densa, pela cognição e subjetividade, o espaço hospitalar pelo ambulatorial, domiciliar e espaços coletivos, o da super-especialização médica, pelo generalista e os procedimentos médicos pelos cuidados da enfermagem, é uma peça chave na oferta da atenção primária à saúde. Faz-se necessário colocar em prática, na atenção primária, intervenções que contemplem “valores” e “crenças” das pessoas e isso faz parte da formação e das bases teóricas da formação da enfermagem, propiciando que nos processos educativos em saúde, possam facilitar a comunicação, o entendimento, a aprendizagem e dar suporte frente às situações difíceis, etc (BAUMANN; VALAITIS; KABA, 2009). Do ponto de vista global, e muito no Brasil, as (os) enfermeiras (os) constituem a maior força de trabalho e fazem a diferença em relação à oferta de serviços em atenção primária à saúde.

A saúde bucal, ao fazer parte da saúde da família, visa superar a “Odontologia de Mercado” (NARVAI, 1994), e o trabalho das equipes de saúde bucal estará voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial.

Em pesquisa recente sobre trabalhadores comunitários em saúde e impactos positivos desses sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a experiência brasileira de Agentes Comunitários de Saúde (PACS/ESF) alcançou o melhor resultado, obtendo 34 pontos de um total de 36, entre 8 países de três regiões (BHUTTA, 2010). Os anos recentes foram marcados por avanços na regulamentação da profissão dos agentes comunitários de saúde, na sua formação de nível médio e na desprecarização das suas relações de trabalho. Em 2001, 72,4% dos ACS tinham vínculos precários e em 2008, 31,8%, sendo que, nesse período, houve um crescimento de 34,7% no nº de ACS, havendo uma distribuição muito heterogênea dessa situação nas diferentes Unidades Federadas, onde não mais que cinco estados puxam essa média para cima.

O desafio da próxima década é de reforçar o papel deste trabalhador em “estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis, uma das recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde¹⁶., além de dar sustentabilidade ao piso salarial para esta categoria, em discussão neste momento, sem inviabilizar seu crescimento e a remuneração dos demais trabalhadores do SF.

3. O desafio da Gestão

“APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção”

“Regulação do Sistema de Atenção à Saúde buscando o acesso universal e a proteção social em saúde”

“Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de “accountability” (Relatório OMS, 2008)

O processo mais complexo na construção dos sistemas de saúde é a articulação dos pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede a partir da APS requer mecanismos de gestão ainda incipientes se pretendemos que a Saúde da Família seja capaz de coordenar o cuidado na rede de atenção.

Apesar de robustas evidências que maiores coberturas de Saúde da Família apresentam melhores resultados em indicadores de saúde, as unidades básicas de saúde, exclusivamente públicas no Brasil, ainda somam 40,5% no modelo tradicional de atenção primária, ou seja, há uma duplicação de modelos de atenção primária com unidades tradicionais e unidades de saúde da família que gera, no território, competição

pela clientela, dificuldade de vinculação da população, competição pela inserção da força de trabalho e gastos adicionais desnecessários. Há, portanto, uma necessidade de profissionalizar a gestão municipal para organizar sistemas de saúde orientados pela saúde da família, bem como introduzir gerentes de unidades básicas de saúde capazes de implementar os mecanismos necessários para que a população adscrita às equipes usufrua dos quatro atributos exclusivos da APS que são: acesso e utilização (primeiro contato), de forma integral, ao longo do tempo e com coordenação na rede de atenção.

A gestão orientada pela atenção primária deve partir de um planejamento com base na população:

1. o registro da população por meio de sistemas informatizados; sobre essa população,
2. a infra-estrutura física e de equipamentos adequada, inclusive de recursos humanos;
3. a implantação de diretrizes clínicas que levem em conta classificação de risco e vulnerabilidade, e conseqüentemente
4. a definição da programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas, inclusive para a necessidade de atenção compartilhada, adscrevendo também a população para cada especialista focal;
5. a regulação de acesso do que não é urgência e emergência nem alto custo (regulados por mecanismos específicos), ou seja, do que é eletivo, e conhecido pelo planejamento e programação a partir da população, fica à cargo da atenção primária;
6. mecanismo de comunicação da atenção primária como centro de comunicação da rede – sistemas eletrônicos de comunicação, prontuário eletrônico, listas de espera inteligentes (que incorporem a classificação de risco/vulnerabilidade). Na própria APS, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e informações são geradas em diferentes lugares (diagnóstico) ou com outros especialistas, para aconselhamento ou intervenções curtas ou para pacientes específicos, por longos períodos.
7. a capacidade dos profissionais de APS “fazerem a coisa certa” – introdução de tecnologias de gestão da clínica, na perspectiva de segurança dos pacientes.

Ainda em relação à gestão descentralizada do SUS, 80% dos municípios brasileiros tem uma população menor de 20 mil habitantes. Para esses municípios, faz-se necessário o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e de suas estruturas regionais, bem como a valorização dos Colegiados de Gestão Regionais, responsáveis pela pactuação do fluxo dos usuários na rede de serviços intermunicipais. Nos municípios maiores, onde se concentram a duplicidade dos modelos de atenção básica, deve-se superar o enfoque da atenção primária seletiva, para pobres, expandindo-a para populações economicamente

integradas. A “nova classe média” brasileira deve receber também a oferta de serviços excelentes de atenção primária, de forma a que não fique sujeita a gastos do próprio bolso em seguros privados de saúde, que não geram confiança, tampouco tem bons indicadores de saúde, e que seja possível, com recursos públicos na atenção primária, reverter os somente 41,6% dos gastos públicos com saúde no Brasil dos 8,45 do Produto Interno Bruto.(<http://apps.who.int/ghodata/>)

A atenção primária resolutive é capaz de conduzir à sociedade na definição das necessidades e direitos, incorporando o conceito de empoderamento e capital social. Os cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão o modelo público e aprovarão o financiamento necessário para a manutenção da maior política de inclusão social, que é o Sistema Único de Saúde, agora mais do que nunca, orientado pela Saúde da Família.

Referências

BAUMANN, A.; VALAITIS, R.; KABA, A. **Primary health care and nursing education in the 21st Century**: a discussion paper. A report for the Ontario ministry of health and long - term care. Nurse health services research unit, march 2009. Series number 16.

BHUTTA, Zulfiqar A. et al. **Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals**: a systematic review, country case studies, and recommendations for scaling up. Switzerland: GHWA, 2010. 372 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.152 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE . **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. 220 p.: il. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://determinantes.saude.bvs.br/docs/relatorio_cndss.pdf>.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, 2006

MACINKO, J.; GUANAIS, F. Primary care and avoidable hospitalizations - evidence from Brazil. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 2, p. 115-122, Apr./Jun. 2009.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.; SOUZA, F. An evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, p.13-9, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2009. 848 p.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **IZA Discussion Paper Series**, Germany, n. 4119, Apr. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008**. Primary Health Care, now more than ever. Geneve: WHO, 2008.

Informações da gráfica
(colofão)



Ministério da Saúde

