

I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família

Relatório

Promoção

Ministério da Saúde

Secretaria-Executiva/Projeto REFORSUS

Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade

Secretaria de Políticas e Avaliação/Coordenação-Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS

Assessoria de Comunicação Social

Apoio

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS

Comunidade Solidária

Casa Civil - Programa de Gestão Social no Brasil

Ficha técnica

© Ministério da Saúde, 1999.

1ª edição, setembro 1999.

Tiragem: 1.500 exemplares

Permitida a reprodução desde que citada a fonte.

SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM
SAÚDE DA FAMÍLIA: Relatório Final

Edição, informações e distribuição:

Ministério da Saúde

Secretaria de Assistência à Saúde/SAS

Coordenação de Atenção Básica/COAB

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 655

Tels: 0XX 61 315-2797 e 226-2693

Fax: 0XX 61 226-4340

e.mail: cosac@saude.gov.br

Organização do Relatório Final:

Sônia Regina de Oliveira Rocha

Redação, tradução e revisão:

Sônia Regina de Oliveira Rocha

Maria Rita Coelho Dantas

Maria Edmilza da Silva

ISBN 85-334-0216-3

Produzido e impresso com recursos da Organização Pan-Americana da Saúde.

SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Comissão Executiva

Heloíza Machado de Souza - COAB/SAS/MS

Marylena Rocha - ASCOM/MS

Maria Fátima de Sousa - CAB/SAS/MS

Estela Auxiliadora Almeida Lopes - COAB/SAS/MS

Representantes dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de
Saúde da Família

Coordenadores Estaduais do Programa

Comissão Técnico-Científica

Francisco Eduardo de Campos - NESCOM/UFMG

José Paranaguá - OPS-OMS

Maria Fátima de Sousa - COAB/SAS/MS

Milton Menezes da Costa Neto - COAB/SAS/MS

Mônica Zacarelli Davoli - COAB/SAS/MS

Ficha catalográfica (será incluída na arte-final)

1. Significado do Seminário para o desenvolvimento de Saúde da Família no Brasil
2. “Incorporando uma prática democrática”
3. A Conferência Inaugural: Perspectivas para o Programa de Saúde da Família: dos desafios na mudança da formação/qualificação à reorientação do modelo assistencial
4. Pronunciamento do Exmo. Ministro de Estado da Saúde
5. Tendências do Enfoque em Atenção Primária e Saúde da Família na Reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde: perspectivas e experiências acumuladas em âmbito mundial e latino-americano
6. O Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde
7. Experiências Internacionais em Saúde da Família
8. Propostas e Recomendações do Seminário
9. Anexos
 - I. Programação das Atividades
 - II. Orientação para os Grupos de Trabalho
 - III. Divisão dos Grupos de Trabalho
 - IV. Termos de Referência para Expositores e Debatedores

1. Significado do Seminário para o desenvolvimento de Saúde da Família no Brasil

O modelo de Saúde da Família vem se colocando como a principal estratégia de reorganização da atenção básica de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo desenvolvido através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que representa uma etapa transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF). Em julho de 1998, o PACS e o PSF encontravam-se implantados, respectivamente, em 2.484 e 649 municípios do país, em vários estados de todas as cinco regiões.

O acúmulo de experiências até então identificadas, cada qual com características específicas em função das realidades locais e regionais, já era suficiente para demandar a realização de reuniões, encontros e seminários, que pudessem contribuir para o conhecimento e troca de experiências dos processos e dos resultados alcançados.

Ao propor a realização do **I Seminário Internacional de Experiências em Saúde da Família**, o Ministério da Saúde tinha como objetivo estimular o desenvolvimento do modelo brasileiro, a partir da análise do trabalho desenvolvido por outros países com equipes de medicina familiar, atenção primária ou saúde da família, em busca da identificação de semelhanças e diferenças com a proposta nacional de Saúde da Família e sob a perspectiva dos princípios do SUS.

Realizado entre 13 e 16 de julho de 1998, o Seminário foi considerado um sucesso, uma vez que possibilitou esta troca de experiências e uma reflexão sobre os desafios que o modelo de Saúde vem enfrentando para sua consolidação e expansão. O interesse do público superou as expectativas: quase 1.000 pessoas compareceram - entre profissionais de saúde, estudantes, técnicos, acadêmicos, agentes comunitários de saúde - quando eram esperadas até 700 participantes.

As experiências internacionais trazidas e as experiências colocadas por inúmeros participantes durante os debates, ao lado das discussões e recomendações resultantes dos grupos de trabalho forneceram importantes subsídios que vieram a inspirar a elaboração do Plano de Ação em Saúde da Família para o quadriênio 1999-2002, pelo Ministério da Saúde, através da atual Coordenação de Atenção Básica, que à época da realização do Seminário tinha o nome de Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC.

2. “Incorporando uma prática”

O Seminário foi organizado em três momentos. No primeiro, configurado na conferência inaugural e na metade do primeiro dia do evento, foram abordados os desafios do modelo de Saúde da Família na reorientação do modelo assistencial no País; as tendências do enfoque de Saúde da Família em âmbito mundial e da América Latina; e, por último, os avanços do Programa de Saúde da Família no âmbito do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. No segundo, foram apresentadas e analisadas as experiências dos seis países convidados; e, no terceiro momento, foram realizadas as discussões em grupos de trabalho, que resultou na elaboração de documento com propostas e recomendações para consolidação e ampliação de Saúde da Família no Brasil.

A mesa de abertura do Seminário contou com as presenças de representantes da Secretaria-Executiva do Programa Comunidade Solidária, Anna Peliano, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Antônio Luís Ramalho Campos, da Organização Pan-Americana da Saúde, José Paranaguá, do UNICEF, Agop Kayayan, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Gilson Cantarino, da Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, João Yunes, e do Projeto REFORSUS, Gabriel Ferrato. Na ocasião falaram aos presentes, Heloíza Machado de Souza, da Coordenação de Saúde da Comunidade, Anna Peliano, e o Secretário de Assistência à Saúde e representante do Ministro da Saúde, Renilson Rehem.

Introduzindo os trabalhos:

Heloíza Machado de Souza

Heloíza deu as boas-vindas aos integrantes da mesa e a todos os presentes, agradecendo a presença dos palestrantes internacionais e nacionais por terem aceito o convite de participar do Seminário e de contribuir para a sustentabilidade da estratégia de Saúde da Família no Brasil. Iniciou sua fala, fazendo reflexão em torno das figuras dos filósofos gregos Platão e Aristóteles.

“Além de serem dois filósofos maiores, são expressão de dois modos de ser, de duas filosofias de vida, o realismo e o idealismo. Platão, aponta, com uma das mãos para cima, para ideal, para o céu. Com a outra segura o livro, *Tineu*, onde expõe a primazia das idéias sobre a realidade sensível. É o homem do mundo ideal, da essência perfeita de cada ser, da utopia, dos grandes sonhos, da abertura infinita do ser humano. Aristóteles, ao contrário, aponta para baixo, para a realidade empírica, para a terra. Segura o livro *Ética*, no qual apresenta os princípios orientadores para a prática humana, rumo a felicidade. É o homem do realismo, dos projetos visíveis, do caminho bem definido, da prática concreta. Ambos têm sua razão de ser. Somente integrados, Platão e Aristóteles, céu e

terra, real e ideal, a vida poderá caminhar com os dois pés. Um no chão e o outro elevado, como quem anda para frente, na direção certa. E esse tem sido o princípio que conduz esse projeto no Ministério da Saúde, com o pé no chão, mas olhando para frente, entendendo que nenhum processo de transformação, precede de várias etapas de mudanças. Essas mudanças exigem assumir, fundamentalmente, as estratégias de acumulação, de confiança, e legitimidade. E nessa perspectiva, ao longo desses anos, essa equipe aqui representada, nos mais diferentes recantos desse imenso país, tem caminhado na direção de assumir firmemente o sentido dessas mudanças. Sentido esse traduzido na reconstrução do modelo de assistência a saúde, na valorização, num engajamento a um movimento que já tem história, porque ao longo dessas últimas décadas, possibilitou pelo compromisso de muita gente no processo de construção do SUS, acumulação de saberes e de práticas inovadoras, que agora represento o referencial, para implantação de estratégia de saúde da família no Brasil. Muito obrigado pela presença de todos e sucesso para todos nós.”

Anna Peliano

A então Secretária-Executiva do Programa Comunidade Solidária falou da grande satisfação em estar na abertura do evento e parabenizou a equipe do Programa Saúde da Família (PSF), à coordenação do evento e ao Ministério da Saúde, não só pelo evento mas pela prioridade que vem dando ao PSF.

“O Programa de Saúde da Família hoje representa um eixo de reestruturação da atenção primária da saúde, a partir da reestruturação do modelo de assistência. Ele muda o enfoque da atenção, que passa a ser a família e o meio em que ela vive. Ele se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, apresentando uma característica do trabalho inter e multi-setorial.

A questão da intersetorialidade, que é difícil de trabalhar, cada vez se torna mais importante, cada vez temos mais consciência de que a educação não se resolve dentro da sala de aula, que saúde não se resolve apenas dentro do posto de saúde, que a questão da renda, ocupação e qualidade de vida, tem implicação muito mais amplas e que todas essas áreas estão intrinsecamente inter relacionadas e que quem quer trabalhar saúde, tem que trabalhar qualidade de vida, tem que estar trabalhando com a questão da intersetorialidade.

Uma segunda grande ênfase que o Programa de Saúde da Família vem dando é o envolvimento ou o comprometimento dos agentes da saúde, tanto os médicos, os enfermeiros, como os agentes comunitários, ou seja, os prestadores de serviço com as próprias comunidades. Eles deixam de cumprir apenas o seu dever de trabalho, o seu dever de ofício, mas passam a trabalhar com o comprometimento ético com as comunidades. Esse compromisso ético, que podemos chamar de solidariedade, é uma terceira ênfase que o Programa vem dando e envolve parceria entre governos federal, estaduais, municipais e sociedade civil.

Hoje temos certeza, que isoladamente, o governo federal ou nenhuma instância de governo pode equacionar os problemas sociais, de qualidade de vida, e os problemas de saúde da população. É preciso estarmos juntos, é preciso darmos a mão e em todos os princípios, na própria lógica do Programa

de Saúde da Família está implícita essa ampla parceria. E é por todos esses princípios, por toda essa lógica que vem regendo o Programa de Saúde da Família, que nós da Comunidade Solidária, temos dado uma grande prioridade ao Programa. Estamos acompanhando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que foi o embrião do Programa de Saúde da Família e temos observado que os agentes da saúde, hoje, são muito mais do que apenas agentes de saúde, são agentes de desenvolvimento, são agentes que estão construindo comunidades mais solidárias, e que tem dado mais esse grande número de exemplos para todos os profissionais, não só da área de saúde, mas para todos os profissionais, para todos os servidores públicos de um modo geral. O Programa de Saúde da Família dá uma nova dimensão ao Programa de Agentes Comunitários, e sem dúvida, esse debate onde vamos estar discutindo experiências mundiais, experiências latino-americanas, onde vamos poder ter oportunidade de ouvir experiência de países como Cuba, Estados Unidos, Canadá, Colômbia, Reino Unido, Equador, trará, sem dúvida, vários subsídios, não só para todos os países participantes, e também, sobretudo, para o Brasil. Tenho certeza que esse evento terá muito sucesso, e desejo muito sucesso a todos nós, a todos vocês que estarão participando dos grupos. E muito obrigada por estar participando da abertura desse evento.”

Renilson Rehem de Souza

Em nome do Ministério da Saúde, o Secretário de Assistência à Saúde apresentou as boas-vindas a todos os participantes, em particular, aos convidados internacionais. Destacou que o evento representava para ele um reconhecimento e uma consolidação da proposta de Saúde da Família e um reconhecimento da luta incansável de Heloíza Machado, fazendo menção às dificuldades que ela enfrentou para levar adiante esta proposta, que vinha recebendo toda a prioridade do Governo Fernando Henrique e do Ministro José Serra.

“É preciso que se diga que isso é um grande desafio, particularmente no que diz respeito a recursos humanos, e esse é um desafio que temos, só poderemos vencer se conseguirmos aprofundar as parcerias que temos conseguido desenvolver, ao longo desses anos, com os governos estaduais e municipais, mas particularmente com os pólos universitários, que tem aí uma grande tarefa de responder a essa demanda e viabilizar que consigamos vencer esse desafio. Não cabe nesse momento, colocar o que significa essa estratégia, que tenho feito questão de colocar como estratégia mais do que um programa, porque o programa sempre passa uma idéia de provisoriedade, de início, meio e fim, mas na verdade, esta é uma estratégia de reconstrução, de revisão, de reordenamento do modelo assistencial vigente no país. Então, não há necessidade nesse momento, já que se trata de uma platéia de pessoas bastante inteiradas do tema, de falar de toda importância e como isso vai nos levar a reordenar, a reorganizar o modelo assistencial no Brasil.

Eu gostaria de em nome do Ministro José Serra, cumprimentar a todos, dizer da sua impossibilidade de estar aqui hoje a noite, mas que ele virá durante o evento para trazer a todos e de viva voz o seu interesse, a sua prioridade, a sua ênfase nesta atividade que, como já disse antes, mais do que um programa, se

trata de uma estratégia plenamente adotada pelo Ministério da Saúde e que temos certeza irá contribuir para uma radical transformação nas difíceis condições que temos hoje, no funcionamento do sistema de saúde. Mais uma vez, desejo a todos muito sucesso e declaro abertos os trabalhos desse Seminário. Muito obrigado!”

3. A Conferência Inaugural

Perspectivas para o Programa de Saúde da Família: dos desafios na mudança da formação/qualificação à reorientação do modelo assistencial

**Coordenadora da mesa:
Anna Peliano**

Na qualidade de coordenadora da Conferência, Anna Peliano introduziu o tema, cumprimentando o ex-ministro Jatene, e comentando que a escolha do Ministro para aquela conferência não poderia ter sido mais acertada, em função do impulso dado em sua gestão ao Programa da Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

“Começamos em 1995 com 28 mil agentes comunitários, já no final de 96, eram 44 mil agentes comunitários. Hoje já estamos com mais de 60 mil agentes comunitários de saúde no Brasil. O Programa da Saúde da Família já tem mais de 2 mil equipes, em mais de 600 municípios, ou seja, vem tomando dimensões cada vez maiores, e como já disse o doutor Renilson, é um programa que a princípio sofria restrições, e hoje é uma proposta, uma estratégia irreversível, com impactos concretos na redução da mortalidade infantil, que todos sabemos é um indicador importante da qualidade de vida da população. Entre 1994 e 1997, quer dizer, em quatro anos, nas áreas cobertas pelos Agentes Comunitários de Saúde, a redução da mortalidade infantil já foi de 43%. Dados do Programa da Saúde da Criança mostram que, no biênio 95/97, em mais de 900 municípios de risco, já houve uma queda de 25% nas internações hospitalares, 30% no número absoluto de crianças menores de 5 anos. Os dados são animadores. Sabemos que as taxas de mortalidade infantil no Brasil são ainda muito elevadas, inadmissíveis para o nível de desenvolvimento do país. Mas o que o resultado desse novo modelo de assistência a saúde mostra é que é possível melhorar, e é possível melhorar muito rapidamente, com ações relativamente simples, ações de promoção, de educação, informação, ações de imunização, de saneamento, de combate à desnutrição. O que Programa de Saúde da Família propõe é realmente garantir a saúde, enquanto direito de cidadão, e transformar a cidadania, a saúde, em qualidade de vida, em expressão de qualidade de vida e é pela importância do tema, que temos aqui um tão ilustre palestrante para abrir esse evento.”

**Conferencista:
Adib Jatene**

O então diretor do Instituto do Coração/Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, Adib Jatene agradeceu aos organizadores do evento o convite, fato que atribuiu a todo o esforço que vinha sendo feito ao longo dos anos por muitas pessoas que ali se encontravam, compartilhando sonhos.

“A realidade é movida por sonhos”

“O jovem é aquele que mantém o ideal. E o ideal não pode ser furtado aos jovens de idade. De maneira que os sonhos vão se transformando em realidade.

Estou envolvido no sistema de saúde há exatamente 50 anos. Entrei na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1948, portanto, sou testemunha do que aconteceu nestes 50 anos, e nestes 50 anos, as mudanças em todos os campos de atividade, foram realmente, fantásticas. E o sistema de saúde se viu dentro desse enorme processo, sendo que as mudanças que mais influenciaram o sistema de saúde foram aquelas da área demográfica. Em 1950, o mundo tinha em 2,300 bilhões de habitantes, hoje nós estamos completando 6 bilhões, mas esse crescimento não foi uniforme. (...) No caso do Brasil, que tinha em 1950, 51 milhões de habitantes e hoje tem 160 milhões, há uma particularidade: tínhamos 33 milhões vivendo no campo e 18 milhões vivendo nas cidades, e hoje temos quase 130 milhões de habitantes nas cidades. Para que os senhores tenham uma idéia, Nova Iorque, em 1950, tinha a população que tem hoje, enquanto isso Brasília, que não existia em 1950 tem hoje 2 milhões; São Paulo tinha 2 milhões de habitantes, hoje tem a população que tinham todas as cidades brasileiras reunidas em 1950. Isso é uma mudança num prazo tão curto que realmente gera uma série enorme de problemas em todos os setores e, obrigatoriamente, no setor da saúde. A expectativa de vida ao nascer no Brasil em 1950 era de 47 anos, e hoje é de 67 anos para a mulher e quase 65 anos para o homem. Ganhamos em 50 anos, 20 anos de expectativa de vida. (...) Tivemos em consequência da transição demográfica e da mudança do grupo etário da população, uma redução de doenças infecciosas parasitárias e um aumento de doenças crônico-degenerativas, como câncer, infarto, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, doenças de tratar prolongado e que não se resolvem ao longo do tempo. Ao lado de eliminação de algumas doenças como a varíola que já foi erradicada, como a poliomielite que já está praticamente erradicada, vemos a volta de doenças como a cólera, a dengue, e o aparecimento de novas doenças, como a AIDS, e outras que agregamos pelo próprio tipo de vida das populações. Temos também causas novas como acidentes de trânsito, homicídios, violência, as chamadas causas externas, que no Brasil já representam a segunda causa de mortalidade - a primeira são as doenças cardiovasculares e a terceira é o câncer. Enfrentamos também a transição ecológica: não só a ecologia na zona rural, a preservação da floresta, da mata atlântica, os riscos de queimadas, destruições etc, mas a deterioração da ecologia urbana, principalmente com a poluição do ar, da água e do solo com pesticidas, herbicidas e a captação dos dejetos que são lançados nos cursos de água em volta do qual vivem as populações. A própria água encanada e tratada que hoje no Brasil é oferecida a 90% da população urbanizada não é contínua: temos intermitências no fornecimento, e sabemos que esta intermitência piora a qualidade da água. (...) O setor saúde teve nesse período grande impacto do desenvolvimento tecnológico, representado por equipamentos, por medicamentos, por novas especialidades, por novos procedimentos terapêuticos. A Associação Médica Brasileira hoje reconhece 65 especialidades, isso significa uma fragmentação da pessoa humana e um certo nível de privilegiamento para estas especialidades na própria formação profissional. E teve um impacto enorme sobre a formação das profissões, para não falar na profissão médica onde há um direcionamento precoce para as especialidades. A própria Enfermagem hoje já tem direcionamento para especialidades e estamos progressivamente ampliando este problema da especialização, que elevou extraordinariamente os custos da assistência. Por que no setor da saúde a tecnologia tem um efeito contrário ao

efeito nas outras atividades? Na indústria cada equipamento de tecnologia avançada reduz despesa, aumenta a produtividade e melhora a qualidade. Em saúde, em Medicina, é o contrário, cada equipamento que se incorpora aumenta a despesa, aumenta a necessidade de pessoal mais qualificado e aumenta por isto todo tipo de atividade .

No início dos anos 50, a Medicina era idealizada pelo estetoscópio, pelo aparelho de pressão, pelo consultório e pela atividade liberal. Hoje quando se fala em Medicina, se pensa em ressonância magnética, se pensa em hospital, se pensa em uma série de procedimentos que são completamente diferentes do que nós tínhamos 50 anos atrás. (...) Muita gente pensa que se fizermos o atendimento básico da população, o atendimento primário, que estamos discutindo desde 1978, vamos diminuir os custos de assistência. É uma bobagem .

(...) Então é preciso que não associemos o atendimento básico, os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde à redução de custo, não é isso. Nós vamos criar acesso para a população e provavelmente o custo vai aumentar o custo global. Se não fosse assim os países de primeiro mundo não tinham aumentado o custo de assistência da saúde como aumentaram. E todos estes países aumentaram o custo por quê? Porque se introduziu coisas novas. A insuficiência renal crônica era praticamente um atestado de óbito. Hoje a insuficiência renal crônica significa utilização do rim artificial e o indivíduo fica em diálise durante anos e aí se diz: "faz o transplante e sai da diálise". Sair da diálise significa que vai gastar com imuno-supressor, uma vez que o número de transplantados já chegou a um número tal que o volume de imuno-supressão ultrapassa os gastos para fazer transplantes. Então na medida em que nós ampliamos a tecnologia, vamos ampliando os custos, especialmente se não tiver controle dos equipamentos. Segundo a ABIMED, São Paulo hoje tem 76 aparelhos de ressonância nuclear magnética e 420 tomógrafos; isso é muito mais do que tem o Canadá inteiro e, entretanto, a maioria de serviços de emergência que precisam de tomógrafos não tem este equipamento. Isso é uma desorganização que precisa ser controlada. Mas tudo isso convive com um outro problema cuja magnitude é enorme e que se chama pobreza. Pobreza não é uma problema nacional, pobreza é uma problema mundial. Pobreza que se acompanha da desigualdade, desigualdade entre nações e desigualdade dentro da mesma nação. (...) No nosso meio esse problema está absolutamente colocado. Temos 25% da população, que consegue, através de convênios, seguros e planos de saúde, ter um atendimento com deficiências, mas minimamente aceitável e com acesso a toda esta moderna tecnologia, enquanto 75% da população dependem do sistema público. (...) No entanto, quando se adoce se excluirmos a hotelaria o gasto é igual. O fio de sutura é o mesmo, o soro é o mesmo, o antibiótico é o mesmo, a válvula artificial é a mesma, o rim artificial é o mesmo; e aí vamos ter que gastar com o extrato mais pobre da população, o que se gasta com o extrato mais rico e aí complica porque não temos a possibilidade de mobilizar o volume de recursos. Se nós tomarmos os planos, seguros de saúde e etc, na média eles gastam R\$ 70,00 por segurado mês, o que dá R\$ 840,00 por ano. O setor público dispõe de R\$ 7,00 para esta atividade, atendimento médico ambulatorial por habitante mês, o que dá R\$ 80,00 por habitante ano. Portanto, 10 vezes menos, e com esta diferença não se consegue oferecer para esta população o atendimento naqueles níveis, especialmente se pretendemos usar toda a tecnologia. E aí ficamos numa situação de perplexidade, a menos que se consiga um outro modelo, uma outra forma de atender para que ganhemos algum tempo até que se consiga mobilizar o volume de recursos

necessários. (...) As tentativas de mudar o modelo vêm claramente desde 1978, quando a Organização Mundial da Saúde explicitou o slogan *Saúde para Todos no Ano 2000* e deu ênfase ao atendimento primário. E aí começaram iniciativas e nós tivemos várias. (...) Depois da nossa Constituição, depois das Leis Orgânicas da Saúde, depois da Nona Conferência, já se partiu para uma coisa mais organizada, e a doutora Anna Peliano chamou a atenção sobre o crescimento e a ampliação dos agentes de saúde: temos hoje perto de 64 mil agentes de saúde, as equipes de saúde da família são em número ainda muito insuficiente mas já ultrapassam mil, e estamos caminhando com resultados que estão aparecendo e estamos aprimorando esse modelo.

Em São Paulo estamos trabalhando com três módulos: o primeiro foi instalado em março de 96, na Zona Leste, região de Itaquera, no hospital Santa Marcelina, e hoje já tem 29 equipes trabalhando, cobrindo quase 100 mil pessoas. Com a Fundação ZERBINI, do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina de USP, estamos instalando mais dois módulos, um na Zona Norte e um na Zona Leste, cada módulo deve cobrir mais ou menos 100 mil pessoas. Estamos fazendo uma coisa bastante sistematizada, usando todas essas experiências do passado e principalmente, todo esse enorme acúmulo de experiências dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família do Ministério da Saúde. (...) Por exemplo, lá na área de Santa Marcelina, se descobriu que tem mais epiléticos do que tuberculosos, e que podiam ser tratados facilmente. Vem as gestantes, vem o pré-natal, quando se instalou o Programa no hospital, 90% das gestantes não tinham mais do que uma consulta de pré-natal. É isso que explica a mortalidade materna. Hoje, segundo a doutora Rosa, mais de 65% das gestantes têm mais de cinco consultas de pré-natal. Nos registros da Secretaria de Saúde, haviam sido identificados nove tuberculosos, e foram descobertos mais 72 casos. E o agente comunitário vai todo dia, na casa de cada tuberculoso para ver se ele toma o remédio, de modo que o índice de alta, em seis meses, ultrapassou 90%. O agente vê a caderneta de vacinação das crianças, pesa as crianças, menores de um ano, todo o mês, promove a educação sanitária, faz grupos de hipertensos, grupos de diabéticos, faz o exercício conjunto, caminhadas, etc. Cada quatro ou cinco agentes comunitários são acoplados a uma equipe de saúde da família, que é o médico, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem, que trabalha em tempo integral. O posto pode ter duas equipes, três equipes, quatro equipes atendendo mais ou menos gente. A equipe passa um período no posto, um período visitando as casas indicadas pelos agentes comunitários. Mas essa equipe também não pode trabalhar isolada. A cada 20, 25 equipes, é preciso ter um ambulatório de especialidades e o hospital de referência. Isto estabelece o que nós chamamos de regionalização e de hierarquização. Eu ouvi essas duas palavras a primeira vez, em 1953, e nunca vi o modelo funcionando. Para referir um doente, ele voltar para alguém que cuide dele, na sua própria casa. Esse modelo tem um custo: agentes, equipe de saúde da família e ambulatório de especialidades, custa mais ou menos, R\$ 5,00 por pessoa/mês, o que dá R\$ 60,00 por pessoa ano. Eu estimo que precisamos montar esse modelo para 100 milhões de pessoas, o que significa R\$ 6 bilhões/ano. Eu tenho fortes esperanças de que esse recurso possa ser mobilizado. É inegável que num país com desigualdade de renda muito grande, e com concentração de renda muito grande, existe muita dificuldade de arrecadação, porque a característica de país com desigualdade de renda é que aqueles que concentram a renda detenham um poder enorme sobre a própria legislação. (...) Vejam, em 1995, para não ir muito longe, nós executamos um

orçamento, que em números redondos era R\$ 15 bilhões. De 95 a 98 a inflação geral de preços, foi de 44%. Então se eu quisesse manter o mesmo valor, 15 bilhões em 98, eu deveria ter R\$ 21,6 bilhões. Só que nós conseguimos aprovar o CPMF, como recurso adicional, que deveria arrecadar R\$ 8 bilhões, o que significaria um orçamento de R\$ 29,6 bilhões. O orçamento é R\$ 19,5 bilhões em 98, o que é menos que R\$ 15 bilhões em 95. Agora, se nós quisermos a inflação do setor saúde é maior que a inflação geral. A inflação do setor saúde em 95 foi de 39%. Os dois tipos de inflação medidas pela Fipe, em 96 foi de 18%, e em 97 foi de 10%, o que significa 80%. Então, se quisermos acompanhar a inflação do setor saúde; nós devíamos ter R\$ 27 bilhões, e se estes recursos fossem dados, mais a CPMF, estaríamos com cerca de R\$ 28 bilhões. Perceberam isso? É muito difícil, é por isso que estou contente hoje, porque nós ganhamos um aliado. É preciso que o setor saúde perceba isso. O Ministro José Serra é o nosso aliado. Ele é um economista que agora está percebendo os problemas do setor da saúde. E está lutando para conseguir os recursos. Para este exercício, ele já conseguiu mais pelo menos 2 bilhões, e vai seguramente conseguir muito mais. Talvez, consigamos fazer com que toda a população tenha acesso a toda tecnologia, mas pelo menos 90% dos problemas poderão ser resolvidos. E aí vamos descomprimir os hospitais terciários, quaternários, e universitários, que vão deixar de receber esse afluxo de pessoas que não precisavam ir lá, se tivessem atendimento onde moram. Estas hospitais poderão atender os que realmente precisam dos serviços diferenciados que oferecem, que hoje estão bloqueados por essa massa enorme que ocupa os espaços. Então, vejam que os Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família são um total redirecionamento do modelo que estávamos experimentando, sem abrir mão da alta tecnologia. Não há incompatibilidade, o que há é necessidade de organização e talvez, de trazer mais recursos para esse atendimento e mais recursos para o outro atendimento, para que possamos estabelecer um equilíbrio nesta situação. A participação da comunidade, os conselhos, as conferências, o Conselho de Secretários Estaduais, o Conselho Nacional de Secretários Municipais, experiências como a de Niterói, que vem desde 1991, uma experiência extraordinariamente exitosa. Todos esses fatos, estão se somando, na montagem do que eu chamo de uma grande estrutura. Eventos como este, buscam a experiência internacional, não para copiar, a experiência de cada país é de cada país, cada país tem que adaptar para a sua realidade. (...) Nós vamos lutar para oferecer condições capazes de melhorar a qualidade de vida das pessoas. E este resultado já se consegue. Recentemente, em uma reunião em São Paulo, estive o prefeito de Camaragibe, que mostrou que na sua cidade com 103 mil habitantes, tinha 1,5% de esgoto, mas ele conseguiu baixar a mortalidade infantil de 140 por mil para menos de 30, sem que a situação sócio econômica se modificasse, apenas oferecendo o atendimento às pessoas. Nesse modelo que estamos fazendo em São Paulo, tenho contato com empresários que estão construindo pelas suas empresas, postos para o Programa. Não são recursos públicos, são recursos privados que estão sendo mobilizados para funcionar esse programa. Temos que conquistar parcelas da sociedade. Não se trata de lutar contra. Se trata de juntar, se trata de ampliar o espírito que foi dito aqui, pela Anna Peliano, da solidariedade, da fraternidade, para que nós consigamos contribuir para construir uma sociedade mais humana, mais fraterna, em que a pessoa humana seja o objetivo maior do nosso trabalho. Muito obrigado!”

4. Pronunciamento do Exmo. Ministro de Estado da Saúde

Ministro José Serra

Em sua mensagem aos participantes do Seminário, ocorrida durante a tarde do dia 14 de julho, o Ministro da Saúde definiu Saúde da Família como a prioridade número um, e a principal mudança estrutural que pode ser feita no sistema de saúde no Brasil. José Serra falou sobre as metas e algumas ações promovidas pelo Ministério a fim de estimular o avanço do Programa, como o aumento de 40% dos incentivos financeiros federais para as equipes de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

“No momento em que a maior parte da população brasileira estiver coberta por equipes de Saúde da Família, teremos os hospitais desafogados em relação a atendimentos redundantes. É possível que este número aumente em certas circunstâncias porque mais problemas de saúde serão descobertos, mas grande parte das idas desnecessárias aos hospitais serão eliminadas. Haverá também um melhor acompanhamento das condições básicas de saúde da população. Anunciamos as metas de elevar para 3.500 o número de equipes até o final deste ano, para 7 mil no final de 1999 e para 10 mil no ano 2000. Para cobrir a população inteira do país, precisaríamos de umas 40 mil equipes. Com um subsídio federal, isto alcança pouco mais de R\$ 1 bilhão, somando-se estados e municípios. O Governo Federal tem metade da receita tributária disponível e gasta duas vezes mais que os estados e municípios, ou seja, se a receita tributária disponível após transferências for de 100, o Governo Federal tem 50 e estados e municípios outros 50, porém o Governo gasta 2/3 mais enquanto estados e municípios gastam 1/3. Nossa emenda constitucional corrige isso, aumentando um pouco para o nível federal e também para estados e municípios, em um processo que terá que ser necessariamente gradual. Acreditamos que parte desse aumento para estados e municípios deve acontecer nos Programas de Saúde da Família. No entanto, a limitação não é só de dinheiro, mas também operacional, porque faltam profissionais qualificados para atuar em equipes de Saúde da Família no Brasil. A tendência geral é a especialidade, uma vez que é premiada estimulada pelos laboratórios, o médico se sente mais protegido, se organiza corporativamente, pode cobrar mais. Ao especialista se atribui, informalmente, esse direito. Na verdade, precisamos de clínicos gerais. À medida que paguemos bem aos médicos de Saúde da Família, é evidente que haverá um número cada vez maior de estudantes que vai se dirigir para essa área. No entanto, em lugares onde o padrão salarial dessas equipes é bom, falta gente. (...) É uma situação curiosa dentro do mercado de trabalho. A remuneração tem que ser boa e isso, de alguma maneira, vai contribuir para corrigir a distorção, mas temos que pensar numa fórmula institucional, com as entidades médicas para induzir a especialidade de clínico geral. Não queria chegar ao extremo do serviço médico obrigatório, mas a sociedade brasileira quer uma retribuição pelos recursos que destina à formação de médicos, que são em sua maior parte públicos e vêm dos impostos. (...) temos todo o interesse de ampliar o número de enfermeiros e

enfermeiras e, para isso, temos que trabalhar conjuntamente com o Ministério da Educação(...) Enfim, o grande problema que temos hoje não é só de dinheiro, é de organização, é operacional e é de recursos humanos. No caso dos Agentes Comunitários de Saúde, temos o problema da profissão. Existem emendas no Congresso que praticamente criam uma nova classe de funcionalismo público, o que é um equívoco tremendo. O Ministério sustenta que os Agentes devem ser contratados através de convênios, com fundações, com organizações não-governamentais, com entidades filantrópicas, para dar flexibilidade aos sistema. Não é um problema de não regulamentar, mas de criar rigidez que pode engessar todo o sistema, temos que ter formas flexíveis. Nenhuma equipe de Saúde da Família, uma vez criada será fechada posteriormente porque vai criar sua demanda, vai ser um serviço indispensável, vai ter uma certa estabilidade da oferta de empregos. Portanto, o problema não estar em querer garantir burocraticamente isto, está em garantir através da qualidade do serviço. (...)

O Programa de Saúde da Família não pode ser algo caipira, rural e da pobreza, é para o Brasil inteiro. Isto é fundamental. Aliás os países que têm formas de atendimento assemelhadas, como o *General Practitioner*, na Inglaterra, o serviço é geral para a população inteira, até porque não dá para discriminar por classe de renda, você atende ou você não atende. (...) Temos que ter como método o atendimento do conjunto da população, inclusive nas grandes cidades, isso é fundamental, até porque hoje é nas grandes metrópoles onde as deficiências aparecem de maneira mais gritante. É aí onde realmente a gente vê o sistema no ponto máximo da sua inadequação que, evidentemente, nunca é em abstrato, a inadequação tem que ser também comparada, confrontada com a demanda existente. Essas são, em suma, as idéias que têm orientado o nosso trabalho no Ministério e precisamos, evidentemente, da colaboração dos estados, dos municípios, porque o Ministério da Saúde não é executivo, a população às vezes pensa que as ações de saúde são feitas pelo Ministério, mas não são. A base da nossa atuação são os estados e os municípios e precisamos também das categorias profissionais mais diretamente envolvidas, dos médicos e das enfermeiras, da cooperação das entidades de classes para obter mudanças na área da formação e ter essa adequação no nível dos recursos humanos. Queria novamente cumprimentar a todos, agradecer pela atenção e pedir desculpas pela interrupção do debate que vinha em andamento. Muito obrigado.”

5. Tendências do Enfoque em Atenção Primária e Saúde da Família na Reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde: perspectivas e experiências acumuladas em âmbito mundial e latino-americano

Charles Boelen

Representante da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, Boelen iniciou sua apresentação, afirmando que a unificação da saúde representa um dos principais desafios para os clínicos gerais, uma vez que cabe a eles promover esta unificação dentro da saúde. Ele destacou que iria concentrar-se no conceito global da clínica geral sem deter na categoria profissional.

“Em tempo de transformações no sistema de saúde”

A qualidade nos serviços de saúde é a primeira coisa que as pessoas querem, em qualquer cultura, não importa a parte do mundo onde estejam. E para alcançar esta qualidade é preciso que as preocupações das pessoas sobre saúde sejam **respondidas de forma eficaz**. Do ponto de vista do beneficiário-paciente, um serviço eficaz é aquele que atende suas necessidades pessoais, não como se ele fosse um objeto, mas na condição de uma pessoa que recebe um atendimento digno. Do ponto de vista dos prestadores de serviços de saúde, a busca da qualidade significa o direcionamento dos serviços no sentido de se alcançar os melhores padrões de atendimento.

Esses padrões evoluíram com o progresso da ciência e da tecnologia e, por uma questão de qualidade, o consumidor tem que se ajustar a isso. Ou seja, a busca da qualidade existe tanto por parte do prestador como do consumidor. No entanto, esta qualidade deve ser extensiva: é o princípio da igualdade, em que há a inclusão de todos em uma comunidade, de uma nação, sem qualquer tipo de discriminação seja, por cor, credo, cultura e ainda por situação sócio-econômica. Isto é um sonho. Há os críticos que dizem para todos que não é sonho, mas uma utopia - ter o melhor do melhor e compartilhar com todos não é possível. Estes críticos dizem que “aqueles valores são dirigidos por forças que agem em direções opostas”. O sonho da igualdade pode tornar-se realidade por meio de duas condições: o custo efetivo e a relevância.

A relevância significa a aceitação de que as coisas mais importantes devem ser colocadas em primeiro lugar, ou seja, entre um conjunto de prioridades, a mais importante será sempre a número um. A racionalização é um fator que pode ser entendido de diversas maneiras, como racionalizar - cortar serviços - o que vai acarretar em alguma demora no atendimento.

O custo efetivo é a possibilidade de melhor uso dos recursos, mas estes são cada vez mais escassos, o que significa que estes recursos devem ser utilizados da melhor forma possível. Apesar disso ser uma verdade, representa um problema nas profissões relacionadas a saúde, pois alguns atos, intervenções ou procedimentos feitos por uma categoria de pessoas

podem ser executados por outra categoria, talvez não tão preparada, mas que atende de forma satisfatória e mais econômica. Por exemplo, em muitas partes do mundo, clínicos gerais, por um lado, competem com enfermeiros, assistentes sociais e outras profissões similares, e por outro lado, competem também com especialistas

Estes quatro valores são universais e encontrados em todo lugar, embora seus nomes possam sofrer variações. Na saúde é preciso tomar estas quatro direções e de uma forma equilibrada. Este é um grande desafio, e necessário. O desafio deste final de século é administrar a atenção, ou seja, como ir nas quatro direções ao mesmo tempo. Administrar a atenção talvez seja a melhor estratégia para suportar os desafios das mudanças no sistema de saúde. Esta é uma excelente pauta, que não pertence a ninguém. Se esta pauta fosse dada a vocês, que são provedores de saúde, provavelmente seguiriam apenas um dos valores – o da qualidade no serviço de saúde – a custa dos três outros.

A reforma da saúde não deve somente ser considerada como uma inovação financeira ou um rearranjo administrativo para reparar um sistema seja maneira que for. Se, por um lado, realmente tenta reduzir as diferenças existentes, por outro, cria conflitos que prejudicam o desempenho do sistema como um todo. Um objetivo social tão maravilhoso como **Saúde para Todos**, endossado pela Organização Mundial de Saúde há 20 anos, somente pode ser alcançado se houver outras forças na sociedade trabalhando para isso. Ao lado desse objetivo, é preciso ter uma metodologia ou estratégia contínua para progredir de forma constante em sua direção. No entanto, quanto mais se caminha, surgem mais fragmentação e divergência, e não convergência. Há uma série de razões para a fragmentação, mas existem três condições para que se avance na criação de uma unificação. A primeira relaciona interesses sobre a população da referência, a segunda é a integração com a saúde pública e a terceira é a gerência detalhada do sistema de informação.

Os parceiros privilegiados para o jogo são os prestadores de serviços de saúde. Assim, os clínicos gerais e os médicos de família têm um tremendo potencial e seu papel vem sendo reconhecido cada vez mais claramente. E eles se encaixam nestas três condições: têm sua população, que são clientes, famílias e pacientes; estão bem envolvidos com a saúde pública, porque são o primeiro contato que a população tem e se preocupam com a medicina preventiva; sem falar que vêm usando ciências de comunicação e informática. Mas isto ainda não é o bastante. É preciso realizar uma mudança grande no sistema de saúde, para reduzir a fragmentação. O desafio para os clínicos gerais é se preocupar com a saúde de todos, não deixando ninguém de lado, já que estamos falando sobre a equidade entre a população de um território. É preciso que eles possam considerar como seus clientes a população inteira e não para apenas uma família ou uma determinada população.

Assim, o alcance do objetivo do novo modelo de assistência à saúde está na redução da fragmentação no sistema de saúde e a unificação da saúde, cumprindo os quatro valores já mencionados: custo efetivo, equidade, qualidade e relevância.

Francisco Tancredi

Diretor da Fundação Kellogg no Brasil e Professor da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, Tancredi apresentou uma visão panorâmica do desenvolvimento do setor saúde na América Latina, construída com base na experiência da Fundação em acompanhar inúmeros projetos reais, envolvendo universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, ao longo de sua atuação na região, iniciada em 1941.

“A atenção primária em saúde exerce influência significativa na reforma dos sistemas de saúde na América Latina”

A atenção primária em saúde (APS) foi implementada como um dos elementos essenciais da estratégia de “Saúde para Todos no Ano 2000”, lançada pela Organização Mundial de Saúde, com base nas definições estabelecidas na Conferência de Alma-Ata, em 1977. No entanto, na prática, a APS foi desenvolvida com base nas interpretações possíveis de acordo com o contexto político, orientações econômicas e concepções sanitárias predominantes nos vários países ao longo do tempo. Na América Latina, grande parte dos países desenvolveu a APS como programa de atenção dirigido a grupos de extremo risco ou como estratégia de organização do primeiro nível de atenção.

A orientação da saúde na América Latina pode ser classificada em dois momentos, fortemente entrelaçados: um, que predomina no final dos anos 70 e nos anos 80, e é marcado pelos princípios de democratização e da universalização; o outro, que se inicia na metade dos anos 80 e é marcado por medidas racionalizadoras e de contenção dos custos setoriais. Atualmente, os países da região encontram-se num momento especial de seu desenvolvimento, caracterizado pela consolidação dos ajustes macroeconômicos introduzidos como resposta à crise dos anos 80. Todavia, persistem desigualdades graves nas condições de vida e de saúde da população, há um aumento da demanda aos serviços e se aprofundam as iniquidades de acesso, sem falar nos desafios que os custos crescentes impõem aos orçamentos públicos e privados.

A APS vem exercendo influência significativa na orientação dos processos de reforma dos sistemas de saúde na América Latina e serviu essencialmente como instrumento para: aumentar a cobertura dos serviços de saúde; estimular a descentralização dos sistemas de saúde; implementar a participação social em saúde; introduzir mudanças no modelo de atenção. A capacidade de influência da APS na região está associada aos principais temas destas reformas:

□ equidade, universalidade, eficiência e qualidade

Esses são temas centrais na maioria das iniciativas, embora em muitos casos a capacidade política de introduzi-los nas práticas dos serviços de saúde seja limitada. De um modo geral, apesar da ampliação na cobertura destes serviços, ainda há graves problemas de acesso aos serviços básicos na maior parte dos países latino-americanos. Em muitos destes, persiste a fragmentação da população, do ponto de vista dos direitos e do acesso à saúde, ou seja, a multiplicidade de recursos de atenção é simultânea à exclusão de determinados setores da população de qualquer direito de atenção. A dicotomia mais freqüente é *população previdenciária x população não previdenciária*.

Os graus de integração das iniciativas de atenção primária com as demais esferas dos sistemas de saúde são igualmente diferenciados. No México e na Venezuela, a atenção primária está dirigida às populações marginalizadas, em especial nas regiões mais interioranas, sendo desenvolvida com recursos escassos e por profissionais que prestam serviço civil obrigatório, sem quase nenhuma possibilidade de conexão/integração com outros níveis do sistema. Na Colômbia, Peru e Chile existem políticas de organização da atenção, integrando os diferentes níveis de complexidade e os centros de atenção primária são a porta de entrada dos profissionais de saúde no mercado de trabalho. Na maior parte dos países latino-americanos, os centros de atenção primária constituem a porta de entrada do sistema de saúde somente para os segmentos que não têm outras alternativas assistenciais.

Por outro lado, um número cada vez maior de países vem adotando medidas de racionalização da atenção num contexto de escassez de recursos como a cesta básica de cuidados. Os conteúdos da cesta mudam de acordo com o contexto, a capacidade instalada e a disponibilidade de profissionais. A eficiência e a credibilidade dos sistemas de saúde vem sendo buscada por meio da introdução de novas formas de organização e de gestão dos serviços, como uma nova divisão de funções entre Estado e a sociedade civil na produção e financiamento dos serviços; alternativas de organização dos prestadores de serviços e otimização do “mix” público-privado; e programas de garantia de qualidade para habilitar, categorizar e credenciar os estabelecimentos de saúde.

Observa-se assim diferentes interpretações acerca dos princípios de equidade, universalidade e integralidade da atenção, as quais, em muitos casos, acabam por reforçar ainda mais a discriminação aos excluídos.

□ **participação social**

As proposições da APS vêm ao encontro da crescente democratização política nos países latino-americanos, o que está possibilitando a maior participação social na solução dos problemas de saúde e da gestão dos serviços. Embora exista uma heterogeneidade no nível de maturidade e compreensão da comunidade acerca do papel a cumprir, a participação popular envolve um papel ativo na definição de prioridades, no perfil dos serviços a serem prestados, na efetivação das ações de saúde e na articulação do trabalho de saúde com outros setores sociais, numa perspectiva intersetorial.

No México, esta participação é vista quase que exclusivamente como uma forma de ampliação de cobertura e é desenvolvida basicamente por meio de voluntárias. Nos outros países, existe um movimento de organização da participação popular através da criação de conselhos de saúde, legalmente reconhecidos ou não. Em países como Colômbia e Brasil já existe a representação comunitária qualificada e reconhecida junto aos sistema de saúde. Equador e Peru também prevêem participação, inclusive na gestão direta de recursos

financeiros pela comunidade. No entanto, não se observa investimentos em capacitação e autogestão da comunidade, que seriam indispensáveis para um salto de qualidade nesse processo.

❑ **descentralização**

A característica essencial do movimento ocorrido na América Latina foi de *desconcentração* e não de *descentralização*. Ou seja, forma repassados responsabilidades e deveres, mas faltam instrumentos de poder ao nível local para a implementação de políticas próprias.

Um elemento importante tem sido o fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como parte da estratégia de APS. Instrumentos como o planejamento local – às vezes com participação comunitária – e territorialização vêm sendo utilizados em vários países, mas há muito o que se avançar com relação à responsabilidade dos serviços locais pela saúde das comunidades a eles vinculadas. Um dos pontos identificados como necessidade comum a todos os países é a capacitação dos profissionais de saúde para que assumam este novo conjunto de atribuições, o qual, no entanto, tem sido muito pouco desenvolvido.

❑ **modelo de atenção**

A mudança do modelo de atenção foi o aspecto onde a APS foi menos efetiva no sentido de induzir ou favorecer alguma tendência de mudança. A análise da produção teórica acerca dos processos de reforma revela que, além do Canadá, que centra sua proposta na construção de um modelo de promoção da saúde, somente Costa Rica e Brasil tratam dos novos modelos de atenção de forma mais aprofundada.

As iniciativas para transformação do modelo de atenção identificadas nos países latino-americanos incluem: territorialização – área de responsabilidade da equipe técnica das unidades locais de saúde; desenvolvimento de ações coletivas de saúde através do fortalecimento do trabalho extra-muros dirigidas às populações de maior risco; fortalecimento das atividades de educação em saúde dentro e fora das unidades de saúde; introdução de atividades/iniciativas intersetoriais; desenvolvimento de atividades e práticas multiprofissionais na tentativa de produzir atenção integral à saúde; reconstrução do vínculo entre equipe de saúde e população, sob a perspectiva da ética e do compromisso com a saúde; papel mais ativo da população na construção de sua própria saúde.

Estas inovações ocorrem ainda de forma localizada e não foram suficientes para mudar o perfil e a concepção geral sobre o modelo de atenção. No Brasil, embora a territorialização venha sendo utilizada como um bem-sucedido instrumento de acercamento das unidades locais em relação a população a elas adscrita, não tem sido suficiente para levar à ruptura do modelo tradicional de atenção, nem das idiosincrasias das relações entre equipes de saúde/população e entre atividades intra e extramuros.

A Organização Pan-Americana da Saúde, por ocasião das discussões acerca da *Renovação da Saúde para Todos*, recomenda um modelo social de práticas de saúde, enfatizando que “la noción de modelo de atención debe ser entendida como un componente del modelo social de prácticas de salud que en cada espacio-población se construye en respuesta a sus propios ideales, necesidades o problemas” (OPS, 1996).

A introdução da APS nos países da América Latina ocorreu em um contexto de reforma do setor saúde, que faz parte da reforma da seguridade social. Nos anos mais recentes, a racionalidade da reforma da seguridade predominou na orientação desses processos, sendo que nos anos 90 observa-se um afastamento da classe média e do setor médico-hospitalar privado mais competitivo do sistema público de serviços, fenômeno chamado de *universalização excludente* por FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990. No campo das políticas sociais, pode-se afirmar que está havendo uma readequação do padrão de relacionamento entre Estado e sociedade. No eixo que vai do central para o local encontra-se a estratégia de construção democrática de sistemas de proteção social universais e controlados socialmente. No eixo que vai do público para o privado encontra-se a estratégia de racionalização voltada para o aumento da produtividade e da eficiência com redução do gasto público. No cruzamento destes dois eixos encontram-se várias possibilidades de combinação.

No entanto, a mudança do modelo começa a ser introduzida de fato nos processos de reforma que enfatizam a atenção ambulatorial de base promocional e preventiva, nos quais a atenção do âmbito dos hospitais é transferida para postos e centros de saúde, e destes para os espaços comunitários e familiares, visando reduzir custos, humanizar a atenção e aumentar a comodidade da população. Assim, em função da heterogeneidade de sua utilização no contexto dos países latino-americanos, foi limitada a contribuição da APS para a integração da atenção primária na lógica da organização dos sistemas de saúde, para a produção de uma atenção integral à saúde e para a mudança do modelo de atenção.

Debatedor

Benedictus Philadelpho de Siqueira
FEPAFEM

No Brasil não há uma política que defina as necessidades dos especialistas. Este é o primeiro ponto a ser observado. No Canadá, eles têm políticas. Nos Estados Unidos, há dois anos, o presidente Bill Clinton vem diminuindo os recursos para as faculdades de Medicina que não tenham definido novas estratégias. Quer dizer, para quem vai fazer Saúde da Família, tem recursos, para quem não vai fazer, não tem. O Brasil não possui uma política desse tipo.

Um outro ponto é a falta de política de valorização dos recursos humanos. O mercado é que define. Como implantar uma política de Saúde da Família sem uma política de remuneração adequada, de reordenação do uso do recurso? Se não se valoriza quem está na ponta, não se consegue

implantar. Uma outra questão abordada pelos dois expositores, com muita prioridade e muita objetividade. O médico, o enfermeiro, o agente que vai trabalhar em atenção primária tem que ser muito bem formado, técnica, científica, cultural, social e eticamente. O Dr. Tancredi apresentou a política dos países latino-americanos para a atenção primária, voltada para populações desprotegidas e frequentemente com RH não preparados para aquela realidade. Enquanto não abandonarmos esse quase paradigma nacional de que todos somos iguais, enquanto não aprendermos como tratar desigualmente os desiguais, não vamos conseguir implantar um programa efetivo.

Temos que definir uma política que restrinja a entrada de equipamentos não adequados às nossas necessidades e também uma política de educação médica voltada às necessidades de RH do país e não aos interesses particularistas de cada um dos habitantes.

Profissional de saúde significa um gasto muito grande para o país e tem que se formar para atender às necessidades sociais. No Canadá, algumas províncias estão restringindo também o aumento de especialistas. Com relação à referência e contra-referência, não temos nenhuma experiência e isso é fundamental. Não se pode colocar um programa de saúde para pobres, porque aí não estaremos buscando a equidade, a relevância, não estaremos trabalhando com custo-efetividade e tampouco com a qualidade.

Esta é a hora do “take-off”, a hora em que o piloto pode fracassar e o desastre será grande; é a hora em que estes aspectos têm que ser colocados.

6. O Programa de Saúde da Família no Contexto do Sistema Único de Saúde

Heloíza Machado de Souza

Responsável pela gerência nacional dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), a enfermeira Heloíza Machado falou sobre os avanços do Sistema Único de Saúde e a inserção da estratégia de Saúde da Família, apresentou os princípios dos números alcançados com a implantação do PACS e do PSF assim como as respectivas metas de ampliação até o ano 2000, destacando os compromissos e desafios para consolidação de Saúde da Família no país.

“Um projeto estruturante dos sistemas locais de saúde”

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde nas últimas décadas oscila entre momentos de avanços e de retrocessos no processo das políticas públicas, refletindo a política de saúde no país. O crescente processo da municipalização com efetiva descentralização de ações, de poderes e de recursos; a constituição dos conselhos de saúde em todos os níveis de execução do Sistema Único de Saúde como um espaço de fato da participação popular e do exercício do controle social; a permanente negociação e pactuação nos fóruns criados entre os diferentes gestores como as Comissões Bipartite e Tripartite; o exercício das programações pactuadas e integradas no âmbito dos estados; e, a implantação recente do Piso de Atenção Básica (PAB) introdução do pagamento *per capita* e o avanço na transferência de recursos na modalidade fundo a fundo, são alguns exemplos importantes de avanços no processo da implantação do SUS. No entanto, é preciso reconhecer que existe ainda uma dívida de aspecto fundamental, que consiste na necessidade de se traduzir esses avanços para a população, com a oferta de serviços resolutivos e humanizados.

Experiências como a dos agentes comunitários de saúde no Vale do Ribeira, do projeto Casa Amarela no Recife, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará, e o próprio projeto Médico de Família no município de Niterói são experiências importantes que apontaram novas práticas, novas idéias no campo do setor saúde. É nesse contexto de transição para a construção de um novo modelo de atenção, que é necessário inserir o Programa de Saúde da Família, entendendo-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde como uma etapa transitória para o avanço e consolidação da estratégia de Saúde da Família. O Programa de Saúde da Família já é realidade em muitos municípios e se constitui como um processo irreversível no país. Ainda que com muitos desafios, conta com uma sustentabilidade importante para a sua manutenção enquanto política de reorganização do modelo assistencial no Brasil.

As equipes de saúde da família têm apresentado um potencial grande para alavancar ações com outros setores, no propósito de enfrentamento dos problemas identificados na sua população, na área de

sua responsabilidade. Têm gerado também espaços para a participação ativa da população no processo de organização dos serviços e na definição das prioridades de trabalho das unidades básicas de saúde.

A operacionalização do Programa de Saúde da Família tem se dado através das unidades básicas de saúde, numa lógica substitutiva das práticas tradicionais e com o propósito de provocar uma reestruturação do sistema como um todo. Estas unidades trabalham com o território definido, adscrição de famílias, sendo recomendado no máximo 1 mil famílias ou 4 mil e 500 pessoas, que ficam sob a responsabilidade de cada equipe, cuja composição é multiprofissional: deve contemplar, no mínimo, um médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O agente comunitário tem representado, de fato, um elemento novo, inovador das práticas de saúde na equipe multiprofissional. Nesse espaço da prática de Saúde da Família, assume-se alguns compromissos importantes: entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; intervenção sobre os fatores de risco; humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde, doença da organização do serviço e da produção social da saúde; reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

Embora rotulado de programa, Saúde da Família foge da concepção usual dos programas verticais, porque possibilita a integração e promove a organização das atividades em um determinado território. Em razão desta característica, é preciso entender e conduzir Saúde da Família como uma estratégia, um projeto estruturante dos sistemas locais de saúde, o que vem demonstrado na prática. A situação de implantação desses programas indica que já se ultrapassou a marca de 70 mil agentes no país e que existem mais de 2.200 equipes de Saúde da Família.

Em relação às metas de expansão espera-se atingir 100 mil Agentes, com respectiva cobertura de 55 milhões de pessoas no final deste ano, e de 85 milhões de pessoas no final do ano 2.000. As metas colocadas para Saúde da Família o aumento para 3.500 equipes este ano 98, com a projeção de se dobrar este número em 1999 e chegar a 10 mil equipes no ano 2.000.

Essa meta é ainda tímida, no entanto, tendo em vista as dificuldades operacionais de implantação, não se pode correr o risco de simplesmente ter uma grande implantação quantitativa sem garantir, de fato, a qualificação desse trabalho. Um dos principais desafios está na questão de recursos humanos. Nessa lógica de expansão e de preocupação com a qualificação destas estratégias, o Ministério da Saúde tem assumido alguns papéis: de indutor, de promotor para sua implantação e expansão, de articulador com os gestores estaduais e municipais, de estimulador do intercâmbio de experiências, como é o caso desse evento, que sucede a outros pequenos e repetidos momentos de intercâmbio, de troca. Contudo, é preciso que o Ministério avance mais no papel regulador e fiscalizador e este compromisso deve estar sendo pactuado nas próximas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite. A pactuação de todas as decisões com os diferentes níveis de governo tem sido uma importante característica, para

que as ações não sejam isoladas. Tendo em vista a qualificação para o avanço das estratégias, algumas ações foram definidas.

No campo do financiamento, houve um processo de mudança importante, resultado de uma discussão interna sobre a lógica de pagamento, que teve um papel fundamental para geração da NOB 96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde nº 1/96), evoluindo para a questão do PAB (Piso de Atenção Básica) e para a criação de *incentivos*, que embora ainda não seja ideal, no conjunto dos recursos do PAB e somado aos recursos municipal ou estadual deve contribuir para essas práticas reorientadoras do modelo de assistência. Houve um aumento dos valores de incentivo que incide já a partir deste mês de julho: de R\$ 1.500 para R\$ 2.200,00/ano por agente comunitário de saúde e, dos valores variáveis entre R\$ 15.000,00 e R\$ 20.000,00 para o valor fixo de R\$ 28.000,00/ano para cada equipe de Saúde da Família. Ainda na área de financiamento, Saúde da Família conta com uma pequena parcela de recursos do projeto REFORSUS para investimento em equipamentos, que de acordo com pacto realizado na Comissão Tripartite, devem ser aplicados na área de informática e de apoio diagnóstico.

A área de recursos humanos é outro grande nó da proposta. Algumas decisões foram tomadas para fortalecer esse processo de capacitação de recursos humanos para o Saúde da Família, como os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, financiados através do projeto REFORSUS. Os Pólos assumem uma missão importante no sentido de trabalhar com os profissionais que já estão no mercado de trabalho, dando-lhes um preparo introdutório a fim de não perder a qualidade, a oportunidade de fato de fazer a reorientação de um modelo. Num terceiro momento, a meta é conseguir fazer com que isso se modifique dentro do próprio processo de formação dos profissionais de saúde, em nível de pós-graduação ou de graduação. Desta forma, os Pólos significam uma articulação dos gestores estaduais e municipais que requerem, que demandam este novo profissional com as instituições de ensino responsáveis pela formação desses recursos humanos. Os Pólos têm assumido algumas atividades importantes, como questão do perfil do profissional de Saúde da Família, suas atribuições, assim como a questão das metodologias de aprendizagem.

Ainda nessa área de recursos humanos, destaca-se o projeto *Agentes em Ação*, produzido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará. Trata-se de projeto de educação a distância para agentes comunitários de saúde, que consiste em 25 programas em vídeo, acompanhados de fascículos orientadores, já disponíveis nas secretarias estaduais de saúde, para serem entregues a todos os municípios que possuem PACS implantado ou que vão implantar nos próximos meses. Esses programas foram dirigidos pelo produtor Cao Hamburger, que é o diretor do programa Castelo Rá-tim-bum, da TV Cultura. Diante do grande potencial deste projeto não só para capacitação de agentes comunitários mas também para a informação da população em geral, ele será adaptado para transmissão em todas as TV Educativas, em dois horários diários. Cada programa contará com convidados - especialistas, gestores de saúde e agentes comunitários de saúde - que irão debater o tema abordado.

Um outro grande desafio é o campo da avaliação, até porque esse é um tema que não está introjetado de fato na cultura das instituições,

principalmente das instituições públicas. A elaboração e disponibilização de instrumento de acompanhamento do trabalho e que permita a avaliação permanente das ações de Saúde da Família foi assumida como uma responsabilidade do Ministério da Saúde. Este instrumento também foi pensado na lógica de ser utilizado no sistema local de saúde, a fim de possibilitar às Unidades de Saúde da Família a reprogramação permanente de suas ações, tomando decisões e atitudes oportunas ao enfrentamento dos problemas identificados. Um estudo do comportamento das internações hospitalares de crianças menores de dois anos, iniciado há dois anos atrás com um piloto em Camaragibe e Quixadá, demonstraram uma redução de quase 100% nas principais causas de internações de crianças de 0 a 5 anos. Esse estudo foi estendido para uma amostra um pouco maior de municípios e encontra-se em fase de conclusão. Os resultados prévios demonstram, de fato uma grande redução na internação de crianças menores de 5 anos em municípios que implantaram o Programa de Saúde da Família. Existe também uma linha de pesquisas e investigações, com termos de referência elaborados e discutidos com as instituições parceiras, cuja realização está prevista para o próximo semestre. Contudo, outras instituições e pessoas estão empenhadas em realizar pesquisas que têm contribuído para o processo permanente de avaliar e repensar a estratégia de Saúde da Família.

Há desafios importantes para a consolidação da proposta de Saúde da Família: pautar esta estratégia e, transitoriamente, a de agentes comunitários de saúde, na agenda política dos governantes estaduais e municipais enquanto proposta de fato estruturante dos sistemas locais de saúde; articular as instituições de ensino superior para revisão da formação de recursos humanos, integrando ensino e serviço e buscando profissionais voltados para a grande missão da construção desse novo modelo; quebrar o mito da ausência ou não disponibilização de informações, criando uma cultura de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas; construir uma rede de parceiros com instituições, capaz de investigar os resultados e produzir conhecimento acerca das estratégias adotadas. E finalmente: perseguir a realização do sonho de restabelecer a confiabilidade da população no serviço público de saúde que deve ser efetivo, resolutivo e humanizado. O país todo tem dado demonstração dessa construção conjunta, colegiada dos três níveis de governo, em rumo à consolidação efetiva do Sistema Único de Saúde.

Júlio Müller

Falando em nome do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS – entidade que presidia á época, Julio Müller cumprimentou os “colegas de trabalho e de utopia” e anunciou que iria pontuar alguns aspectos dentre o que fôra abordado por Heloíza Machado e pelas mesas anteriores, afim de abrir questões para debate.

“Vínculo e proximidade afetiva com a população”

A proposta de Saúde da Família surge num momento de crise do modelo assistencialista de saúde, não só no contexto nacional como no internacional, e é vista como estratégia de superação desse modelo. O CONASS adotou esta proposta desde 1995, quando o processo se iniciou em discussões na Comissão Tripartite. Evidentemente, existem diferenças de prioridade por parte de governadores e secretários estaduais de saúde, que refletem um maior avanço ou não do saúde da Família. De uma maneira geral, o CONASS é altamente favorável, acredita, luta e sempre procura colocar o tema em sua agenda como uma prioridade para o processo de reestruturação do modelo de atenção. E nesse processo, a participação dos três gestores deve ser efetiva. De nada adiantaria o Ministério da Saúde ter isso como prioridade se os estados e municípios não o tivessem, ou se apenas os municípios organizassem isso debaixo para cima. Em um determinado momento, iriam precisar de outros instrumentos, de outras portas, de outros recursos, sejam eles humanos, financeiros ou tecnológicos. Saúde da família assim como outras prioridades do Sistema Único de Saúde são dos três gestores, ou dificilmente acontecem. Não é fácil conduzir uma política envolvendo três gestores, a participação da coletividade, o controle social. É difícil, é demorado, mas é fundamental e é o único caminho para se construir um novo sistema de saúde com o modelo de atenção baseado nestes termos.

Não basta definir algo como prioridade, elaborar algumas portarias, criar uma lei para que isso aconteça. Neste momento, o Piso de Atenção Básica (PAB) oferece a possibilidade de se avançar nesse processo de fazer com que Saúde da Família seja realmente o modelo de atenção básica estruturante do sistema. No entanto, o PAB por si próprio não leva a lugar nenhum se não houver uma proposta de estruturação da atenção básica, ou seja, não é apenas um repasse de recursos financeiros fundo a fundo que vai garantir a atenção básica lá na ponta da linha. Contudo, ele representa um avanço, um instrumento importantíssimo que favorece a descentralização. Neste momento, em o PAB já se encontra implantado em mais de 4 mil municípios, é preciso que se comece a vincular as duas coisas, que a habilitação esteja de alguma forma associada, atrelada, à organização dos Programas de Agente Comunitários e de Saúde da Família. Estes programas não podem ser apenas incentivos do PAB, têm que ser parte constituinte do sistema. Fazer com que isto ocorra é um desafio. os recentes ajustes nos incentivos que o Ministério da Saúde concedeu foram extraordinários, viabilizando inclusive a possibilidade de se reincorporar a enfermagem ao PACS assim como dar impulso ao avanço do PSF.

Todavia, existem problemas que precisam ser enfrentados. O primeiro deles é a forma de inserção do PSF na organização do sistema, que ainda está se dando de forma um pouco paralela e vertical. Se o município tem 10% da população coberta pelo PSF e 90% funcionando ainda no outro modelo, existe uma dualidade de modelo e a tendência da organização do sistema, seja ele municipal ou estadual, é ainda atuar de forma tradicional. E assim, as pressões fazem com que as equipes do PSF passem a responder àquela lógica tradicional. Essa dualidade de modelos precisa começar a ser pensada, a fim de se evitar uma regressão de modelo. Por outro lado, Saúde da Família ainda é um programa, ou seja, ainda não é a política de estruturação da atenção básica ou do modelo de atenção do SUS. Para isso,

é preciso que ele permeie o conjunto das ações da organização do SUS, seja no âmbito federal, estadual e municipal.

Relacionado com esse tema, está a questão da formação de recursos humanos. O problema é político então tem que ter definição política. Se a política de saúde é prioridade da saúde e da educação, onde estão as prioridades dos hospitais universitários, das universidades, dos centros formadores de recursos humanos na área de saúde? O poder público tem poder efetivamente para isto, então é necessário política de formação de recursos humanos, que isso seja realmente prioridade e isso ultrapassa os Secretários de Saúde, o CONASS, o CONASEMS, isso é mais do que todas essas entidades mais o Ministério da Educação, o Conselho Federal de Educação, mais o Presidente da República. Essa é uma questão que passa a incorporar uma ação intersetorial. Um outro ponto são as diversas modalidades de contratação, de inserção das equipes, que trazem vantagens e desvantagens. Como vantagens, tem-se hoje múltiplas experiências riquíssimas e modelos, que podem ser comparados para ver quais estão funcionando melhor. Como desvantagens, isso gera insegurança, insegurança nessas equipes: estas pessoas estão lidando com coisas novas, e o fato de terem ainda uma inserção profissional insegura é problemático. Isso passa por salários, por condições de trabalho, por modalidade de contratação e tem a ver com recursos humanos também.

Uma terceira questão é a incorporação tecnológica no modelo. Saúde da Família se diferencia bastante dos modelos de organização do sistema, assim como também do modelo de formação e de organização dos nossos recursos humanos para desenvolvê-la, pois exige um maior grau de conhecimento do profissional médico, do enfermeiro e de qualquer outro profissional que seja incorporado à equipe. O profissional tem que incorporar conhecimentos de psicologia, um pouco de ciências sociais, um pouco de planejamento, um pouco de epidemiologia. Ou seja, a incorporação tecnológica se dá, basicamente, no nível do conhecimento, e isso implica também em política de formação. O fato de essa equipe, desse profissional, ter mais conhecimento, significa que ele: vai resolver mais problemas; vai descobrir mais problemas que não pode resolver. Assim, ele vai precisar de ter a referência, ter o diagnóstico, o encaminhamento, a internação, a especialidade, etc. No entanto, a articulação com a referência ainda não vem sendo pensada, ou vem sendo pensada de forma casual, fragmentada. Não se trata de crítica, é uma constatação. É fundamental que se comece a pensar nesta articulação com a referência, pois o papel indutor da organização do modelo de atenção básica, Saúde da Família, sobre o sistema de referência é pequeno, a menos que sejam encontradas outras formas de se fazer isso, a exemplo de outros países, onde os recursos para exame, laboratório, internação, são gerenciados pelo Programa Saúde da Família. Para avançar é preciso superar este nó, uma vez que o papel indutor, hoje, da organização do Saúde da Família é limitado na organização da referência e ele vai precisar de ter mais referência sob pena de se desmoralizar, se deslegitimar diante da população. Esses problemas não são apenas do Ministério da Saúde, pertence também aos estados, aos municípios, aos técnicos e aos usuários. A questão fundamental do sucesso, do bom êxito do Programa Saúde da Família é exatamente o vínculo e a proximidade afetiva. É essa vinculação que está exatamente no centro das queixas da população brasileira, conforme resultados de pesquisa que o

CONASS encomendou ao IBOPE: o mau trato, a fila e o mau trato, e a distância. Temos a possibilidade de bem tratar os cidadãos brasileiros.

Gilson Cantarino

O então Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – classificou Saúde da Família como um tema apaixonante e iniciou sua fala comentando sobre o grande desafio de construção do Sistema Único de Saúde, no qual apontou o Brasil como uma referência paradigmática para alguns aspectos do processo de reforma do sistema de saúde: a descentralização e a consequente valorização do ator municipal; o texto constitucional, que assegura a saúde como dever do Estado e direito do cidadão e define o desenho do sistema de saúde; e, por último, o controle social.

“O desafio é procurar práticas que sejam transformadoras”

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem claramente seu arcabouço pautado em algo denominado pacto federativo. O sistema de saúde brasileiro depende de competências muito bem definidas e deveres muito bem definidos das três esferas de governo e, dentro deste pacto federativo, o ator municipal tem o seu papel. A representação desse ator municipal em nível nacional é o CONASEMS, que além da representatividade política deve ter e tem compromissos muito claros com o sistema de saúde brasileiro. O CONASEMS atua por deliberação dos próprios secretários municipais nas suas assembleias que são realizadas anualmente, mantendo um compromisso inequívoco na defesa dos SUS, nos termos de que está escrito na Constituição e um compromisso com a transformação do modelo de atenção à saúde do Brasil. A questão da transformação do modelo de atenção à saúde do Brasil é onde se assenta a maior dificuldade de todo esse processo. A descentralização já foi alcançada: de janeiro a julho deste ano, 4.121 municípios estão habilitados na gestão plena da atenção básica e 433 municípios estão habilitados na gestão plena do sistema municipal, num total de 5.506 municípios. Dificilmente um país tem esse perfil de descentralização, que tem a missão de poder construir sistemas municipais de saúde adequados à realidade da população. No entanto, observa-se uma tendência de repetição do modelo herdado, um modelo divorciado das principais necessidades da população, de profunda ruptura entre a educação e saúde, entre promoção, prevenção e cura.

A descentralização só se justifica se tiver a efetiva capacidade de transformar esse modelo. Descentralizar por descentralizar, repetindo o modelo herdado, não irá promover nenhum salto de qualidade na atenção à saúde da população brasileira. O desafio é procurar práticas que sejam transformadoras desse processo. Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família, o modelo de saúde da família, de medicina familiar oferece uma oportunidade ao Brasil de reconstruir esse sistema dentro da lógica da vinculação da clientela e da responsabilização sanitária. Lógicas essas que já estão contidas na Norma Operacional Básica, de 1996, que claramente coloca o conceito de responsabilização sanitária como efetiva responsabilidade sobre a saúde da população seja a nível municipal, seja a nível estadual, e exige uma especificidade na abordagem das necessidades e na prioridade das ações para a população.

O Programa Saúde da Família não vê o homem fragmentado e tem, obrigatoriamente, que oferecer um atendimento sistemático e contínuo ao longo da vida da pessoa. A vinculação da população necessariamente exige que ela esteja sob a responsabilidade da equipe de Saúde da Família, responsabilidade que não se esgota no nível primário de atenção mas que tem que percorrer todo o nível do sistema, inclusive até o nível terciário e quaternário se necessário. Portanto, estimula esse vínculo dos profissionais, criando também um vínculo afetivo e de confiança com os usuários, criando uma função social para esse profissional. Uma grave questão da formação no Brasil é que ela é feita muito mais nas aspirações individuais e nas oportunidades institucionais do que na verdadeira função social pela necessidade da população. A satisfação da população deve ser auferida em reuniões com grupo opcional adscrito, em reuniões abertas com toda a população, ou através das lideranças comunitárias, ou seja, essa outra voz precisa permear a tomada de decisão deve efetivamente estar presente numa escuta que não seja só a escuta do indicador ou a escuta da tecnologia, mas um discurso da população em relação à sua satisfação e, portanto, à sua visão do programa que a ela é oferecido.

A experiência de Niterói, que já tem perto de oito anos de vida, tem apontado alguns resultados. O Programa tem a força de uma ação reestruturante do sistema como um todo, portanto, não pode ser absolutamente oferecido à população, ele não condiz com esse papel do mínimo social, é um programa que tem que estar dentro do sistema de saúde articulado com os demais níveis de atenção, assegurando a integralidade, reestruturando a porta de entrada, e também o sistema como um todo. Na experiência em Niterói, o Programa Saúde da Família é a porta de entrada, articulando-se com unidades básicas que ainda existem no sistema mas que estão se modificando para o papel de policlínicas comunitárias com uma localização regional e a responsabilidade da vigilância à saúde de toda região, articulando toda a rede de módulos de médico de família com as unidades básicas, as policlínicas especializadas até o nível hospitalar, já contando com os serviços especializados que passam pelo serviço de 24 horas, pela urgência, pela marcação de consultas, pela internação, pela central de internação.

O Programa de Saúde da Família obtém, de forma muito clara, o enfoque preventivo das consultas dos procedimentos com toda a garantia de continuidade de atendimento da cidadão. Há uma diminuição de partos cesáreos, pois com toda a possibilidade de um pré-natal de melhor qualidade, cresce o parto normal, há uma diminuição de crianças com baixo peso ao nascer, caem as referências ao serviço de emergência, as internações hospitalares e cai a dificuldade de acesso aos serviços de maior complexidade. A resolutividade do Saúde da Família em Niterói mostra que os atendimentos resolvidos no próprio modelo de Saúde da Família chegam a 95%. Essa resolutividade é própria de um modelo que vincula a clientela, articula o atendimento à população, com relações bem sólidas, com conhecimento, com prontuários de qualidade, com programações bem executadas e com visitas domiciliares.

O Programa de Saúde da Família indiscutivelmente é hoje o novo no Brasil. No entanto, os desafios que se colocam são muito grandes. Se, por um lado, esse modelo é o que melhor articula a intersetorialidade uma vez que o conhecimento da população favorece outras ações de governo e

parcerias com a sociedade civil organizada possam ser desenvolvidas. O modelo de Saúde da Família tem um importante papel na articulação de uma prática de governo intersetorial, onde as políticas públicas sociais possam ser articuladas com outras ações de governo. Um outro desafio é a própria situação da economia do país e da economia mundial. Dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) de 1997 indicam que 86% da renda mundial estão concentrados em 20% da população e só 1,1% desta renda está com os 20% mais pobres. O cenário que se desenha em função da globalização da economia mostra que, no mínimo até o ano 2000, haverá grupos populacionais muito excluídos na cidade e no campo. É preciso trabalhar o conceito de responsabilização sanitária, desenhando o cenário de realidade do presente e cenários prospectivos do futuro, para não agravar mais as diferenças sociais.

A grande perspectiva do fortalecimento da gestão local é exatamente poder trabalhar as diferentes realidades que estão situadas dentro de um mesmo município. É preciso formar uma agenda que promova respostas para estas perguntas: Como adequar a equidade a um contexto estruturalmente diversificado? Como assegurar o controle social dentro de uma heterogeneidade espacial econômica e social? Como viabilizar a integralidade frente a uma prática de ações isoladas especializadas num sistema que se organiza pela oferta e não pela demanda? Como articular a prática de atenção à saúde com a região de moradia mesmo com significativa marginalidade social? Como racionalizar o emprego tecnológico as reais prioridades evitando as práticas meramente mercantilistas principalmente em nosso país que tem baixíssima qualidade de regulação sobre o setor privado? Como viabilizar um financiamento inequívoco e que fortaleça a gestão do centralizado e portanto fortaleça o enfrentamento da construção de um novo modelo assistencial e de um novo paradigma? e Como buscar solução para grave crise de formação de recursos humanos e das relações de trabalho e de seu pacto com a sociedade e o cumprimento da função social dos trabalhadores da saúde?

O Brasil é um país com algumas contradições: existe uma luta permanente entre a Constituição social-democrata, que enseja a construção de uma sociedade mais solidária e as tendências das leis de mercado, que tentam caminhar para a construção de um estado mínimo, estimulando as leis de mercado e oferecendo algo próximo ao modelo neoliberal residual em que o Estado teria a responsabilidade sobre um conjunto de ofertas à população e atenderia apenas a população mais excluída, deixando que a compra de demais necessidades pudesse se dar pelas leis de mercado. Este não é o compromisso dos atores que hoje têm as responsabilidades definidas nesse pacto federativo, nem a atual gestão do Ministério da Saúde, tampouco o CONASS e o CONASEMS e, muito menos, as instâncias de controle social, que têm dado uma demonstração bastante viva da sua capacidade de atuar na realidade brasileira.

Apesar das dificuldades, está se caminhando numa lógica que efetivamente vai encontrar o respaldo, o apoio da população, na medida em que ela tem a percepção clara da satisfação do seu atendimento. Universalizar, globalizar é também um cenário futuro de possibilidades para se cantar e se escrever sobre um mundo melhor. Uma citação de Leon Tolstoi coloca claramente a missão desse pacto federativo em busca da

possibilidade de realizar a qualificação da vida no espaço de moradia das pessoas: Se queres escrever sobre o mundo, então canta a tua aldeia.

Debatedor

Jairnilson Paim

Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia

A proposta de Saúde da Família vem conseguindo um desenvolvimento e uma convergência tão grade de discurso nos três níveis vinculados ao Estado brasileiro representados nesta mesa. Tenho grande entusiasmo com relação à proposta, particularmente, pela sua possibilidade ir se adequando, se flexibilizando e se questionando nesse processo, no sentido de ir se superando a cada as suas formulações originais. A idéia de que Saúde da Família representa uma possibilidade de reestruturar práticas de saúde ou, quem sabe, do próprio sistema, foi construída não só a partir de uma sistematização de concepções que estavam na literatura mas, sobretudo, com esse trabalho de militante que se faz no cotidiano dos serviços de saúde. Por mais que explicitemos no nível do discurso o que é Saúde da Família ou o que não deve ser Saúde da Família, na realidade, Saúde de Família é aquilo o que os sujeitos sociais, nos seus espaços de trabalho, nos seus espaços de vida, conseguem confrontar, entre outros projetos distintos, que disputam, portanto, esse espaço político social. Não basta declarar que a proposta de Saúde da Família é uma estratégia capaz de reestruturar as práticas e o sistema de saúde porque, ao mesmo tempo, diferentes atores constróem um projeto de Saúde da Família muito mais vinculado, por exemplo, numa idéia de serviço especial ou de um programa especial. A idéia de estratégia tem a ver com a possibilidade de a cada momento se examinar conjunturas, correlações de força e, com base em uma determinada direcionalidade, dar determinados passos a frente ou dar uma segurada ou dar alguns passos atrás.

O elemento mais central do discurso de Saúde da Família é a estruturação do sistema de saúde, ou seja, a forma como o capital vem se organizando no âmbito das políticas de saúde pelos seguros, pelos equipamentos, pelos medicamentos etc. Neste questionamento do modelo assistencial é preciso imaginar concretamente como essas forças se dão no cotidiano das instituições, dos espaços políticos mais amplos. Por exemplo, como trabalhar ao mesmo tempo na estruturação das práticas inovadoras de Saúde da Família, necessitando de retaguardas no nível especializado secundário ou terciário, quando estão sendo criadas organizações sociais que tendem a levar os hospitais a pensarem cada vez menos na rede como um todo, e cada vez mais nas necessidades de dar apoio aos distritos sanitários, aos Programas de Saúde da Família, olhando cada vez mais para seus umbigos no sentido de garantir a sua sustentabilidade.

Com relação ao financiamento da saúde, Saúde da Família conseguiu um avanço, mas como estimular que os atores municipais e estaduais privilegiem esta ação se não houver uma forma de estímulo que transfira parte dos recursos para estratégias estruturantes – seja Saúde da Família, seja VIGISUS, seja outras propostas de políticas de saúde – á medida que eles retraiam os atendimentos hospitalares ou especializados.

A questão dos recursos humanos foi muito trabalhada por todos os expositores. Não há dúvida de que as faculdades, as universidades, os institutos, têm uma responsabilidade intransferível com essa qualificação. No entanto, quem forma, conforma ou deforma os recursos humanos em saúde são, na realidade, os locais, as organizações, os serviços onde eles atuam.

Assim, à medida que esses serviços sejam reestruturados, deve-se permitir o desenvolvimento de uma educação permanente dos atores que aí já se encontram e de outros que vão se acrescentar mesmo sabendo de sua transitoriedade e da precariedade do mercado de trabalho. A legitimação que o profissional da equipe de saúde pretende ter com a população necessariamente passa por uma valorização que já não se coloca hoje, por exemplo, em termos de salário, e sequer em termos de carreira de trabalhadores do setor público. A flexibilização imposta pela economia quase que contraditoriamente impõe uma outra prática para esses sujeitos: o vínculo efetivo com a comunidade onde essa equipe está atuando. Esse é o núcleo básico em relação à mudança das práticas de saúde. Não se trata de tradição *versus* inovação. É preciso entender os elementos que constituem o processo de trabalho em saúde e a partir daí, entender o agente como um sujeito, que tem sonhos, que tem afetos, mas que sobretudo tem necessidades objetivas, para que se possa dar uma outra conotação a esta reforma do setor saúde, na qual Saúde da Família é considerada uma estratégia.

7. Experiências Internacionais em Saúde da Família

REINO UNIDO
Justin Allen

Representante do Royal College of General Practitioners do Reino Unido, Membro do Conselho do Royal College e do seu Comitê Internacional, Justin Allen trabalha como General Practitioner (G.P.) há 25 anos em uma pequena cidade nos arredores de Leicester, no centro da Inglaterra. Especialista em treinamento em pós-graduação, fez uma análise sobre o contexto de saúde de 10 países, comentando seus orçamentos e gastos no período de 1986-1996, estabelecendo comparações em função de número de médicos per capita, e fazendo uma série de indagações sobre custos x eficiência e eficácia. Em seguida, apresentou o sistema de assistência à saúde no Reino Unido, particularmente em relação à clínica generalista, à educação e aos sistemas de financiamento que o apoiam, informando que os dados podem ser acessados no web site do Royal College.

“Sou totalmente responsável em assegurar que meus pacientes contem com os recursos apropriados e medidas preventivas. A maioria deles está relativamente bem, mas é devido aos cuidados preventivos e com as doenças crônicas”.

Um sistema bem desenvolvido de assistência à saúde com médico de família, limitando o acesso aos altos custos tecnológicos da assistência secundária, é necessidade fundamental para prover assistência à saúde para todos. A proporção do gasto orçamentário, no setor de atenção primária, está em queda, no Reino Unido: onde hoje é 8.9% do total, era 10.1%, 40 anos atrás, e os dados mostram que 90% dos recursos vão para o setor de atenção primária. Os países não podem promover o acesso totalmente livre para todos os tipos de assistência à saúde, tem de haver uma racionalização e, infelizmente, com isto, nega-se o acesso a alguns cidadãos ou alguns segmentos da população.

O Serviço Nacional de Saúde, no Reino Unido, é algo de que os britânicos se orgulham e, embora não sendo perfeito, constitui método efetivo de prestar assistência e talvez esta seja a razão de o Reino Unido estar gastando menos em assistência à saúde. Ele sempre esteve baseado em uma rede de médicos de família como a porta de entrada do sistema e há um número de datas-chaves no seu desenvolvimento. Em 1911, antes da Primeira Guerra Mundial, um sistema de seguro de saúde foi introduzido para trabalhadores, permitindo-lhes livre acesso a médicos ou clínicos gerais do seguro nacional, com o objetivo, de conservá-los saudáveis, para que pudessem trabalhar mais. A rede de médicos de seguro, assim criada, tornou-se a base do Serviço de Médico de Família. Um passo revolucionário se deu em 1947, quando o governo estabeleceu o Serviço Nacional de Saúde, presente até hoje. Desde então, têm ocorrido algumas reformas básicas, das quais as mais importantes foram as de 1964 e 1990, essa última introduzindo o mercado interno e controle orçamentário.

Os aspectos fundamentais do Serviço Nacional de Saúde, no seu começo, determinavam que ele seria absolutamente livre no contato, que seria universalmente acessível a todos os cidadãos e o acesso deveria ser feito através do GP. Cada cidadão tinha o direito de ser registrado com um GP e a Secretaria de Saúde do Governo tinha o dever legal de assegurar a disponibilidade de GP para cada cidadão. A única cobrança feita era a cobrança de medicamentos prescritos. A assistência à saúde privada foi permitida, desde o início, para aqueles que querem continuar a pagar, mas isto representa menos de 10% da assistência prestada no Reino Unido. Estes elementos-chaves estão presentes hoje e ainda permanece o fato de que o paciente não paga nada para consultar-se com o GP, ou com um especialista, ou para internar-se em hospital.

Em relação ao acesso à assistência à saúde, 90% do atendimento são realizados pelo GP em seu consultório, mas ele faz a referência, quando necessário, ao segundo nível de assistência. O único outro acesso a pacientes é o acesso aos departamentos de emergência, por motivo de acidente. A assistência secundária é prestada nos hospitais gerais do distrito, sendo que cada um serve à uma população de aproximadamente 200 mil pessoas. Estes hospitais prestam ainda, serviços de emergência em acidentes, cuidado intensivo e cuidados coronários. O termo assistência terciária é aplicado a algumas super-especialidades, como neurocirurgia, e também aos centros de ensino universitário e os serviços normalmente são providenciados regionalmente. Apenas 1% do contato de paciente ocorre no nível terciário ou hospitais de ensino.

Esta clara divisão entre assistência primária e secundária significa que os médicos envolvidos estão trabalhando não só de formas diferentes, mas com orientações totalmente diferentes. Os pacientes têm acesso livre ao seu GP, não havendo como este profissional recusar-se a ver um paciente. O GP tem um relacionamento contínuo com os pacientes todo o tempo, tem sua base nas comunidades de seus pacientes e seu trabalho tem a ver mais com as pessoas que com as patologias, pois para ele é muito mais importante saber quem tem uma doença, do que a doença que a pessoa tem. Ele é orientado para a normalidade. Em contraste, especialistas, trabalhando em hospitais, têm acesso restrito. Sua relação com pacientes é ocasional, episódica e intermitente, em outras palavras: os pacientes os procuram pelas doenças. Eles trabalham dentro das instituições, e não nas comunidades. Eles são muito orientados para a anormalidade, particularmente em órgãos ou grupos de doenças e estão comprometidos, em primeiro lugar, com intervenções agudas. Especialistas e médicos de família são realmente tipos diferentes de pessoas.

Os pacientes podem se consultar apenas com o GP com o qual estão registrados, mas são livres para mudar este registro, quando quiserem. Tais mudanças, contudo, são raras e são feitas normalmente, quando as pessoas se mudam para outra área.

No Reino Unido, um médico de família lida com todas as idades, todos os problemas aí incluídos: ginecologia, serviços com gestantes, saúde da criança, imunização e cuidados de saúde para idosos. A função importante do *gatekeeper* (porteiro do sistema) é, na prática, referir um paciente de ambulatório para uma consulta em um ambulatório clínico no hospital ou providenciar uma admissão urgente no hospital.

É um grande desafio para o GP ter de tolerar a incerteza, tomando decisões importantes com informação limitada. Eles que têm a responsabilidade final, como médico de família, no que diz respeito a emergências. É, contudo, um trabalho gratificante e um desafio observar as famílias se desenvolvendo, assistir mulheres jovens em sua gravidez, observar famílias com os seus filhos e vê-los avançar até a aposentadoria, e ver o seu processo de envelhecimento.

O GP, em média, tem um contrato independente no Serviço Nacional de Saúde. Ele ou ela trabalha em parceria com uma média de quatro médicos e a proporção de mulheres GP está crescendo muito: no momento, 50% das vagas de treinamento estão ocupadas por mulheres. GPs geralmente têm seus próprios consultórios que são alugados por eles, e trabalham com um extenso grupo de enfermeiros de atenção primária, secretárias e gerentes. Mais de 90% das práticas são totalmente ou parcialmente computadorizadas, quer dizer, faz-se o registro de todos os dados clínicos, dados de consultas ou dados de prescrição e toda intervenção que possa ocorrer. Os GPs trabalham 58 horas por semana, segundo o seu sindicato.

O Código do GP, de 1964, foi um acontecimento importante: representou uma das primeiras e maiores reformas do serviço e encorajou os médicos generalistas a formar parcerias, providenciar incentivos financeiros para desenvolver e melhorar suas condições de trabalho assim como empregar pessoal especializado em práticas generalistas.

Um GP tem, em média, 152 consultas por semana e o paciente, em média, consultará com seu médico 5 vezes por ano. O contrato do GP exige que se providencie atendimento total, 24 horas por dia e 365 dias por ano para os pacientes registrados na clínica, inclusive um paciente pode ser atendido duas vezes ao dia. Uma das mudanças mais significativas na carga de trabalho dos médicos generalistas é a redução da visita domiciliar: as consultas domiciliares que correspondem hoje a menos de 10% das consultas, em relação há 20 anos atrás, quando chegavam a 22%.

O GP recebe sua renda do sistema de assistência à saúde e ela provém de três elementos. O primeiro é o pagamento *per capita* por paciente registrado na sua lista, não importando se os serviços foram prestados. Pacientes mais idosos geram pagamento *per capita* mais elevado. Estes pagamentos correspondem aproximadamente a 50% da renda do GP. O segundo elemento é o salário anual, que apresenta algumas variações de acordo com a experiência do médico e o regime de trabalho escolhido: tempo integral ou parcial. Este elemento corresponde a 30% da renda. O terceiro elemento corresponde ao pagamento por serviços; em alguns casos o GP é pago por item, por exemplo: cuidados contraceptivos, serviços para gestantes, a realização de pequenas cirurgias, previsão de custos de deslocamento para imunização e alguns procedimentos de prevenção. Este elemento, no total, corresponde a 20% do total da renda. Para os médicos, toda a renda é virtualmente derivada diretamente do governo e é financiada pela taxa direta. Nos ganhos do GP, a renda de outras fontes corresponde a menos de 5%.

Dentre os profissionais que trabalham na atenção primária, no Reino Unido, há alguns diretamente empregados pelos GPs: gerentes e recepcionistas, que trabalham na parte administrativa; enfermeiras generalistas, que trabalham nos centros de saúde ou nos consultórios

médicos, fazendo atividades promocionais, avaliações de saúde, acompanhamento psicológico, finalizações. Há profissionais que não são diretamente contratados pelo GP, mas são empregados pela autoridade local e alocados nas instalações do GP, vinculados à equipe generalista.

A população do Reino Unido é de aproximadamente de 56 milhões; existem hoje 36 mil GPs e 19,5 mil especialistas (*consultants*). A educação médica básica tem seu acesso controlado pelo governo, por causa dos custos de treinamento. É uma carreira muito popular e há mais ou menos 10 candidatos para cada vaga, assim os padrões acadêmicos são muito altos. O aluno entra diretamente na escola, com a idade de 18 anos, e o curso tem a duração de 5 a 6 anos. Todas as escolas médicas no Reino Unido têm agora departamentos de prática generalista e todas têm horários e currículos voltados para prática generalista durante a educação médica básica. É claro que há variações de universidade para universidade. Na conclusão do curso universitário e recebimento de diploma, há o pré-registro de um ano compulsório ou residência supervisionada pela universidade. Até este ano, esta residência estava voltada inteiramente para a Medicina hospitalar; mas está sendo introduzido, em caráter experimental, um programa onde alguns médicos poderão passar quatro meses da residência no cenário da prática generalista. Na conclusão desta residência, podem começar o treinamento da pós-graduação. O treinamento na prática generalista é supervisionado em nível regional. Para qualificar-se para trabalhar como GP, o treinando deve completar o período de treinamento e obter resultados satisfatórios em teste de conhecimento, vídeo de avaliação das habilidades de consulta, frequência às aulas, e relatório do seu instrutor. Esta avaliação vem sendo feita desde 1996 e é supervisionada pela autoridade competente.

Os instrutores de práticas generalistas passam por treinamento nas habilidades de ensino e se submetem a avaliação de sua atividade na prática, para assegurar que está dentro dos critérios requeridos. Eles passam continuamente por treinamento em serviço, com oficinas de ensino regulares, e por um processo de reacreditação a cada três anos. Isto tem assegurado a alta qualidade do treinamento da prática generalista e é usado como exemplo por toda a educação médica do Reino Unido.

Aproximadamente, uma em cada cinco clínicas generalistas têm sócios que são acreditados como instrutores e essas clínicas dão exemplos de atendimento de alta qualidade ao paciente; quando se tem um processo de treinamento bem desenvolvido, pode-se dar uma guinada no sistema de assistência à saúde. O treinamento do instrutor compreende: supervisão diária, tempo de tutoria garantido, pelo menos três horas por semana, uso de vídeo e consultas para avaliação de treinamento. No final deste treinamento, o médico escolhe trabalhar em qualquer parte do Reino Unido, como generalista, ou em qualquer parte da União Européia.

Muitas mudanças ocorreram no Reino Unido, nos últimos anos. No final da década de 80, houve grandes problemas com o serviço de assistência à saúde que resultou em uma grande revisão do serviço de saúde e nas reformas, iniciadas em 1990 pelo governo de Margaret Thatcher. O elemento chave destas mudanças foi a introdução das forças de mercado na assistência à saúde, com a divisão entre os chamados compradores, isto é, o sistema de assistência à saúde e os provedores, hospitais e médicos. No entanto, pela primeira vez, foi reconhecido pelo

governo que a eficiência e o custo efetivo da assistência à saúde tinha de ser liderado pela atenção primária, e isto continua até hoje. O gerenciamento dos hospitais distritais foi devolvido a unidades provedoras locais, chamadas de *trusts*, com a função de distribuir e gerenciar a distribuição de fundos a cada ano, sem ultrapassar os gastos e esperando o reembolso pelo governo central.

Em 1997, introduziu-se o *fund holding* do GP, considerado uma das reformas mais inovadoras e mais discutidas, no qual as clínicas individuais poderiam, se assim quisessem, ser indicadas para receber um orçamento destinado à compra de três principais itens dos serviços de saúde: pessoal administrativo, medicamentos e serviços hospitalares não emergenciais. Todas as poupanças podiam ser retidas pela clínica para melhorar os serviços de saúde dos pacientes, por exemplo, comprando novo equipamento ou outros insumos para assistência ao paciente.

O importante desta medida para todos os serviços de saúde foi certamente o conhecimento dos custos da assistência à saúde, pois os GPs trabalhavam anos e anos e não tinham idéia de quanto custava ao Estado o conserto de um equipamento, agora, todo mundo sabe o custo de tudo.

O *fund holding*, que irá desaparecer em fins de 1999, possibilitado aos hospitais a se preocuparem, pela primeira vez, em providenciar o tipo de serviço que os médicos generalistas queriam oferecer aos seus pacientes. Para a prática generalista era a oportunidade de examinar e fazer escolhas legítimas de como usar os recursos do serviço de saúde. E esta medida resultou em uma força de trabalho muito mais bem informada.

Apesar das mudanças introduzidas em 1997, os princípios da reforma de 1990 permanecem: a clínica vai ser substituída por grupos de atenção primária, que irão se estabelecer e comprar todos os serviços de saúde para a população que atendem, incluindo-se hospital e assistência comunitária. Estes grupos que contêm 10 a 12 médicos associados, para atendimento a uma população de 100 mil pessoas contarão com enfermeiros e outros profissionais aliados, trabalhando em atenção primária, representantes da atenção secundária e serviços sociais.

O Governo do Reino Unido está, portanto, comprometido com a atenção primária e o uso dos profissionais da atenção primária, particularmente o GP, na gestão e gerenciamento do sistema de assistência à saúde. Isto traz para os médicos, face a face, o conflito de decidir entre as necessidades individuais dos seus pacientes e as da população, fato novo para os GPs, que sempre tiveram a liberdade de lidar com o paciente sentado diante deles e ignorar as necessidades da população. Mas isto está mudando. Os GPs, no Reino Unido, terão de aceitar este desafio.

CUBA

Filiberto Pérez Ares

Resgatando as lembranças, desde que esteve pela primeira vez, no Brasil, para assessorar o modelo de medicina familiar em Niterói, Felisberto declarou que não imaginava naquela época que pudesse um dia estar reunido com pessoas de todo o Brasil, em torno de um programa que já existe, e que corresponde a uma política do Ministério da Saúde. Na sua opinião, tudo aquilo devia-se ao valor do sonho, da utopia, o valor do esforço que justificava a presença de todos no Seminário: "se

ousou sonhar, porque se acreditou na utopia e porque se considerou que valia pena o esforço". Adido da Embaixada de Cuba no Brasil, Felisberto apresentou a saúde pública em Cuba no seu contexto sócio político, seu modelo de medicina familiar, a formação de recursos humanos e seus índices mais recentes de avanços na saúde da população.

"Somente se obtém um serviço com qualidade quando os recursos humanos estão suficientemente qualificados"

É preciso considerar a saúde pública de Cuba dentro de um contexto econômico, político e social, característico, a partir de um triunfo, em 1959, que se constituiu num processo que abrangeu todos os componentes de vida do cidadão cubano. Evidentemente, a saúde pública cubana só se considera válida, a partir de 1959, quando começa a se estruturar um sistema de saúde, quando surge uma política de saúde, uma política de governo, disposta a transformar a condição de saúde do País. Essas políticas estiveram sempre intensamente vinculadas com as políticas nas áreas da educação, da cultura, do emprego, das conquistas sociais, da seguridade social, enfim em todos os componentes que facilitaram a garantia de vida e a melhoria das condições de vida da população cubana.

Assim, aquela etapa foi caracterizada pela quase ausência de um sistema, pela migração, para fora do país, quando quase 50% dos recursos humanos médicos migraram, ficando cerca de 3.200 profissionais da saúde localizados nas capitais dos estados, com os serviços de saúde praticamente ausentes. Nas áreas de montanhas, nas áreas rurais havia lugares onde nunca ninguém viu um médico. Havia e ainda há, infelizmente, como uma lembrança triste, regiões do oriente do país, onde existem cemitérios ao longo da costa, na beira do mar, conseqüência da necessidade das pessoas que tentavam chegar a uma região onde tivesse um médico, por via marítima, não conseguiam e morriam no intento.

O primeiro esforço para o nascimento do sistema de saúde cubano foi a aplicação de um modelo baseado, fundamentalmente, nos cuidados ao dano à saúde, esse modelo que todos conhecem como assistencialista hospitalocêntrico, mas que mesmo assim não existia. Evidentemente, isto significou uma prioridade aos componentes clínicos médicos propriamente ditos, ou seja, uma participação clássica nos componentes dos serviços de saúde para uma população que, naquela etapa, estava praticamente desprotegida. Esta etapa foi acumulando a aplicação deste método, foi acumulando conhecimentos, experiências, foi acompanhando o crescimento da Faculdade de Medicina, das unidades hospitalares, das unidades de atenção primária. Foi-se criando uma rede nacional de policlínicos e a esta se ligaram os especialistas. Melhorou, assim, a qualidade dos recursos humanos envolvidos e ampliou-se o quantitativo, permitindo uma cobertura.

Neste modelo, a medicina familiar em Cuba existe como uma especialidade, já que efetua uma absoluta integralidade entre a prática, os serviços e a docência. Prática, serviços e docência estão absolutamente juntos, estreitamente vinculados, no modelo de medicina familiar. A integração da atenção preventiva e curativa é preservar a saúde e atender às necessidades de acompanhamento das doenças. O programa de educação permanente existe, não somente para a residência, mas para o

médico de família que, após se tornar especialista, é submetido a um programa de educação permanente em que participa o próprio professor do grupo com o qual trabalha.

O modelo de medicina familiar constitui a porta de entrada do sistema nacional de saúde cubano e tal fato facilita a solução de 95% dos problemas de saúde que apresentam as pessoas que vão ao consultório. Facilita uma cobertura como modelo, de 97% da população cubana, em que 11,4 milhões de habitantes desfrutam desse modelo e para isto existem 29.580 equipes, ou seja, médicos e enfermeiros de família trabalhando e facilitando o seu desenvolvimento.

A gerência na formação dos recursos humanos é da responsabilidade do Ministério da Saúde Pública. Em Cuba, a Faculdade de Medicina, os institutos de medicina, as escolas tecnológicas de profissões afins à saúde, assim como os conteúdos ministrados em toda a etapa de formação, educação permanente e continuada dos recursos humanos, são responsabilidades do Ministério, a partir de um enfoque de entrada/saída, ou seja, o que é necessário, quais as necessidades do sistema e quais as soluções que a universidade oferece para dar saída a essas necessidades.

Há ainda o componente da descentralização da docência, em que o próprio Policlínico é uma unidade docente, é uma unidade assistencial, é uma micro faculdade de medicina, o que permite, realmente, a aplicação de um processo docente, absolutamente vinculado à realidade prática da vida das pessoas, onde esta se reproduz.

A taxa de mortalidade, em crianças abaixo de um ano fechou, em 1997, em 7,2 por cada mil nascidos vivos. Para os componentes de mortalidade, o quociente de mortalidade pelas diversas faixas etárias é muito importante, pois mais de 50% da mortalidade total em Cuba corresponde a grupos de idosos maiores de 60 anos e isto é produto deste processo de melhoria de qualidade de vida e de especialização da saúde pública cubana.

O comportamento dos indicadores de vacina mostram que já foram eliminadas uma série de doenças através da aplicação de vacinas e outras estão em fase de eliminação. O comportamento de algumas doenças crônicas, não transmissíveis, mostra como as doenças crônicas do coração têm uma tendência descendente, assim como os tumores malignos, as enfermidades cárdio-vasculares. A acidentabilidade cresceu e cresceu, produto da situação de transporte.

Um artigo, escrito pelo Professor Charles Boelen, há vários anos atrás, reflete bem as ênfases que o modelo de saúde cubano sempre depositou na qualidade dos recursos humanos, investindo na sua formação e qualificação. Neste sentido, é absolutamente prioritário qualquer necessidade para garantir a qualidade, para garantir as internações nos serviços, para garantir os insumos de que necessitam os recursos humanos, apesar da difícil circunstância econômica. Tudo isto, porque se entende que somente se obtém um serviço de qualidade, quando os recursos humanos estão suficientemente qualificados, sejam médicos, enfermeiras, agentes comunitários. A eficácia, a efetividade de qualquer modelo depende de muitas coisas, mas quando você dispõe de recursos humanos qualificados, você tem um percentual elevadíssimo de capacidade resolutive dos problemas de saúde da população

Aqui ficam, como testemunho deste esforço, as palavras do Professor Charles Boelen: “Se poderia descrever o profissional sanitário de primeira linha, ideal para o futuro, como um médico 5 estrelas, quero dizer, comparável em excelência a um hotel ou restaurante com 5 estrelas, porém acessível a todos, desde os mais ricos até os mais pobres”.

Debatedor

Francisco Campos

Universidade Federal de Minas Gerais

Essas duas excelentes experiências são modelos de fato onde a questão da atenção primária, da medicina de família, num caso, e do clínico ou do prático geral, no outro, representam, de fato, mudanças estruturais na prestação dos serviços. O que se quer atingir aqui no Brasil é ter Saúde da Família, não como um programa paralelo ou secundário, mas como aquilo que estrutura, que redireciona, que redesenha o sistema, e esses dois países conseguiram fazer isso. As decisões da reforma do Reino Unido e da Revolução Cubana são dois exemplos que colocam, que modificam profundamente o perfil do que é o setor saúde. O grande elemento no conjunto desses dois países é a idéia aparentemente simples, de designação de responsabilidade, que se poderia chamar de *social accountability*, isto é, quem é responsável pelo que. Quando se pensa na questão da lista colocada pelo *National Health Service*, da Inglaterra, e na situação de Cuba, onde existe claramente uma designação de responsabilidade por aquela comunidade X, isto significa que alguém responde pelo erro. Esse é o elemento central que se tem pensar no sistema, no Brasil. Quando Justin Allen colocou algumas características do que era o GP na Inglaterra, ele colocou ao lado de *advocacy*, a palavra *counseling*, quer dizer aconselhamento à pessoa, o fato de que tem uma pessoa que entende a saúde de uma maneira holística. Esta é a única forma de se reverter a assimetria de conhecimento, que leva ao sobreprocedimento. O que isso é a forma de ao reverter a assimetria você fazer com que com os recursos que nós temos aqui no Brasil nós possamos dar um sistema de saúde de qualidade para todas as pessoas. O conceito do *gate keeper* é central na apresentação do Dr. Allen, e tem que ser resgatado no caso brasileiro. O *gate keeper* (porteiro do sistema) é aquela pessoa que tem a responsabilidade de, mediante o aconselhamento de pessoas, promover uma possível contenção dos custos, restringindo o acesso para os níveis secundário e terciário, e tem que se restringir porque a sociedade não tem dinheiro suficiente para, conforme o exemplo dado pelo Professor Adib Jatene, comprar todos os tomógrafos e todas as ressonâncias do mundo, pois ninguém vai dar conta de pagar.

Na Inglaterra, o GP possui o consultório, contrata pessoas e é reembolsado pelo Serviço Nacional de Saúde. Imagine que confusão seria essa situação no Brasil. Eles têm formas de controlar um sistema que é extremamente complexo mas que funciona. O sistema é uma coisa extremamente complicada e complexa, agora não se pode ter soluções simples para coisas complexas. No Brasil, na verdade, está se adiando o problema em muitas situações, criando-se formas intermediárias de

resolver problemas, de pagar. Na Inglaterra qualquer exame a mais, qualquer procedimento não necessário penaliza alguém e ao penalizar alguém é evidente que se coloca nisso a questão ética. No entanto, como se pode adequar os serviços às necessidades das pessoas sem que isso signifique excesso e irresponsabilidade?

O modelo de Cuba parece um modelo extremamente luxuoso. Cuba hoje, deve ter uma relação médico/habitante umas cinco vezes superior a do Brasil. Acho um absoluto luxo ter aquele médico e aquela enfermeira tomando conta da população da forma que faz. Certamente, pela situação do embargo que o país vive, a saúde pública teria se deteriorado se não fosse a presença dessas equipes, que fazem um trabalho absolutamente colado na população para manter a situação de saúde. No entanto, o que poderia acontecer se o país tivesse que praticar salários compatíveis com o nível internacional?

Na formação de recursos humanos, Cuba teve a sabedoria de fazer com que o sistema de ensino médico esteja completamente vinculado e subordinado ao Ministério da Saúde. Isso significa romper essa dicotomia de um país como o Brasil, onde a maior rede de hospitais de ensino não pertence a saúde mas ao setor educativo, que tem pouca responsabilidade sobre a saúde e pensa muito mais na questão da investigação e da produção de conhecimento do que atuar na co-gestão do setor saúde. Essa opção de Cuba faz com que as necessidades epidemiológicas e de serviço possam ser cumpridas com muito mais facilidade do que, por exemplo, quando se tem um outro interlocutor, um outro Ministério para o qual tem que se dizer o que se precisa. Quanto á capacidade resolutiva desses dois sistemas não se tem dúvidas. São dois excelentes sistemas.

Debatedor

Júlio César

Conselho Federal de Medicina

O modelo de saúde no Brasil é modelo onde prevalece a concepção hospitalocêntrica, que é uma concepção perversa, de desperdícios de recursos, que consiste em correr atrás de prejuízos, em apagar incêndios. O fundamento ético que leva o Conselho Federal de Medicina (CFM) a simpatizar com a proposta de Saúde da Família é muito claro. Primeiro é o princípio da justiça face a equidade, a possibilidade de acesso e a distribuição igual dos recursos naturais de saúde a todo o conjunto de população e, esse conceito de igualdade, não é um conceito aritmético linear é o conceito de dar mais a quem precisa, e de menos a quem tem mais, ou seja, não é aquela proporção linear que está até embutida no nosso conceito de justiça constitucional, mas é uma justiça mais ampla, distribuir muito mais recursos a quem deles mais precisa, de um modo geral, a população menos favorecida. O segundo princípio é o da beneficência, o o outro princípio é estende a medicina além dos limites convencionais do consultório médico e do hospital.

Para o CFM, como guardião e fiscal da ética, a excelência desta proposta está na relação médico-paciente, uma vez que resguarda e estimula uma relação médico-paciente primorosa, fecunda, social, uma

relação de saudação extra-convencional, uma saudação que vai além do muro do consultório ou da mesa simples de exame, e alcança a esquina, a rua, a comunidade, a visita familiar quando o médico a pratica, criando uma relação de convivência fraterna, solidária e criando um momento de medicina muito prosaico, muito romântico: a medicina de parceria, onde o médico oferece o que tem e a sociedade pede aquilo que realmente precisa e até usa com mais parcimônia o recurso desse médico comunitário, não o explora, não pede além dos limites convencionais da ética, não pede um atestado falso ou gracioso para justificar uma ausência ao trabalho por motivos sociais, não cria este constrangimento ao profissional porque há uma relação de respeito e fraternidade. Nessa relação médico-paciente, tem-se uma relação de mão dupla, na qual não só o médico obtém do doente a confiança ilimitada, indispensável ao alívio, mas também é fiscalizado, social e culturalmente, por essa comunidade que conhece seus hábitos e exige que ele seja mais do que um profissional portador de conhecimentos técnicos e científicos, mas um paradigma, um agente da comunidade que tenha liderança e respeito. Assim, o médico pode resgatar a sua credibilidade social, uma vez que hoje está enclausurado num consultório ou no hospital, ou atrás das máscaras ou, o que é pior, ainda atrás de uma máquina impessoal e fria através da qual se relaciona precariamente com o doente, transformando-se em simples operador de máquina de ultra-sonografia, de um aparelho de ressonância magnética, sem mostrar sua cara.

Esse paradigma alcança o enfermeiro, o psicólogo, o agente de saúde, o agente de assistência técnica em odontologia, enfim todos os membros, todos os integrantes de uma equipe que convivem com a sociedade. Existe também neste modelo um princípio claro de prioridades em saúde. Primeiro, preservar a saúde e não apostar, investir, na doença. Segundo, restaurar a saúde, aí sobrevem a ação secundária ou terciária com mais poder resolutivo do serviço de saúde e, finalmente, promover, não através apenas de medidas profiláticas, mas também alterando ou introduzindo elementos de controle no ambiente, ambiente social, no ambiente político, no ambiente domiciliar da pessoa.

A remuneração dos profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família precisa ser uma remuneração tão primorosa e tão essencial quanto a importância política desse programa. Se a atividade é essencial o salário não pode ser supérfluo, não pode ser irrisório, o salário tem que ser tão essencial, tão substantivo que deixe esse profissional, a exemplo do profissional atuante na comunidade inglesa, por exemplo, à vontade no seu regime de dedicação exclusiva ou de compromisso com uma sociedade. Ele deve auferir uma renda que proporcione, no mínimo, conforto social, não riqueza ou acumulação patrimonial. A discriminação de atribuições nessa equipe é primordial, para evitar invasão de domicílios privados ou superposição de competências, o que poderia trazer problemas de natureza ética.

O CFM através da CINAEM, órgão que procura avaliar a qualidade do ensino médico no Brasil, está discutindo o modelo pedagógico vigente nas escolas de medicina e propondo mudanças no sentido de adequar esse modelo à nova realidade do SUS, ao médico generalista e aos programas de Saúde da Família, estimulando-o nas Escolas de Medicina. O problema de saúde representa, na concepção do Conselho uma forma de

“interiorização” da Medicina, no sentido de tirá-la do gabinete do médico, do hospital, do hospital universitário e levá-la ao bairro, à comunidade, à casa, à pessoa física do cidadão, nem doente, mas do cidadão. Essa “interiorização” é auspiciosa e muito interessante, mas tão importante quanto ela é a interiorização efetiva da medicina no Brasil, sem a qual também não vai se realizar esse projeto, em toda a sua abrangência: é preciso levar tecnologia e profissionais de saúde para o interior, para os municípios desse país, tirá-los dos grandes centros como Rio e São Paulo que hoje concentram quase 60% da população médica. O CFM vê com muita simpatia a realização dessa proposta, louva o modelo trazido e a experiência riquíssima trazida por dois países plenamente vitoriosos na concepção desse objetivos. Com relação à utopia citada pelo Professor Filisberto, recorro os versos de um poeta popular chamado Martinho da Vila: “Sonhar sozinho é apenas um sonho, mas sonhar em conjunto é uma realidade.”

Moderador

José Carlos Seixas

Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo

A questão do médico de família e da atenção à família ou do médico generalista só faz sentido dentro de um contexto assistencial amplo. Os dois expositores abordam a questão do médico de família, inclusive como um mecanismo de melhoria de qualidade, mas também de universalidade com equidade, sem colocar a recomendação de exclusões assistenciais como um processo de enfrentamento de uma tendência de custos crescentes. Eles dão uma resposta através de uma alteração da dinâmica assistencial a um problema assistencial básico que é o aumento exagerado dos gastos ou dos gastos crescentes não da forma econométrica de exclusões ou de limitações, mas até fazendo o contrário, trazendo um mecanismo de maior inclusão. Ao invés de ser aquelas receitas limitantes, estes dois países ampliam a possibilidade de atenção de uma forma diferenciada e têm uma resposta seguramente objetiva, a população desses dois países se orgulha do sistema de saúde que esses países têm.

No Brasil, há que se preocupar com a economicidade do sistema, mas sem perder de perspectiva que isto só faz sentido se traduzir um sentimento de satisfação e não de mais angústia ou apreensão. É preciso ver o problema da programação de médico de família ou estratégia de médico de família como algo estruturante do sistema. O que significa ser estruturante do sistema?

A idéia de estrutura em sociologia, tal qual em engenharia mecânica ou civil, é aquilo que dá estabilidade, que conforma o conjunto. Qual é a conformação que se espera para o SUS e que o médico de família, o agente comunitário poderia facilitar na sua concretização? O sistema proposto está ao alcance de um atendimento sem exclusões. O Programa de Saúde da Família com o Agente Comunitário facilita ou dificulta a possibilidade da não exclusão? Por que?

Uma outra questão é o método de abordagem. Para se ter universalidade com equidade e integralidade é fundamentalmente importante a mudança do método de abordagem. Através do método

clínico, tirava-se o cidadão do contexto social e familiar dele, depois dividia-se seu corpo em órgãos, células, depois reações químicas. Foi um processo que avançou muito no conhecimento e na assistência, tanto que esses dois países não excluíram a assistência terciária e de alta sofisticação tecnológica. Eles acrescentaram nesta metodologia a outra, aquela que cientificamente, ainda que nem sempre perceptível, faz não só a análise mas a síntese, associa o cidadão paciente ou cliente no seu contexto: familiar, ambiente de trabalho e portanto, passa a fazer a utilização ampla e permanente do processo epidemiológico e não mais só do processo clínico, esquetejador. Será que a prática familiar, da assistência familiar, do agente comunitário facilita ou dificulta isto.

O Programa é estruturante na mudança do analítico para o sintético, do clínico para o epidemiológico e aí é que está toda a sua riqueza toda. Deixa-se de lado a visão clássica da ética médica e profissional de saúde, dele se responsabilizar pelo doente que lhe chega, e passa a ter responsabilidade pelo conjunto populacional com o qual ele convive. É outra ética e por isso esse programa é estruturante. No entanto, é preciso mobilizar esforços para que isto se torne efetivo, quer dizer, é preciso gerar a garantia de mercado de trabalho efetivo e permanente porque isto é que vai fazer com que o sistema modifique, é isto que vai transformar as escolas de formação. Estamos ainda na fase da emoção de um mercado de trabalho novo. Há que se fazer alguma coisa a mais para que isto efetivamente se torne um mercado efetivo de trabalho para a população brasileira. Que seja efetivamente estruturante.

ESTADOS UNIDOS Bernard Salafsky

Professor da Escola de Medicina da Universidade de Illinois, uma das maiores dos Estados Unidos, Bernard Salafsky trabalha no campus de Roquefort, em Chicago, no treinamento de profissionais da área de saúde. Ele agradeceu aos organizadores do Seminário, e comentou que estava sendo também uma oportunidade para reencontrar velhos amigos. Em sua fala traçou um histórico da evolução do sistema de saúde pública nos Estados Unidos, destacando que o Brasil tem muito a aprender com os erros de seu país. Caracterizou a situação do sistema de atenção primária em saúde em seu país nos últimos 50 anos, traçando um paralelo com os principais problemas enfrentados hoje e as alternativas que vêm sendo buscadas para minimizar as diferenças sociais geradas pelos elevados custos das práticas de saúde.

“A volta da medicina preventiva direcionada às bases populacionais”

O maior problema do sistema de saúde nos Estados Unidos é custeio da saúde. Os percentuais do Produto Interno Bruto em 1994 mostram que os EUA é um dos países que mais gasta com saúde. A contenção de gastos é hoje uma das palavras-chave mais utilizadas no cenário americano no que se refere ao sistema de saúde. É importante entender como os EUA chegou ao ponto onde está.

Durante a década de 50, os médicos americanos e suas associações controlavam os medicamentos. Havia uma maioria de generalistas – cerca de 70% - e uma minoria de especialistas – perto de 30%. O número de associações de especialistas era limitado, na saúde pública, praticava-se a medicina preventiva e curativa, por meio de pagamento por serviços. Em

1950, houve uma explosão de novas classes de drogas como tranqüilizantes e antibióticos. A pesquisa em Biomedicina estava apenas dando os primeiros passos, os financiamentos para pesquisas voltadas para as universidades eram modestos e, o mais importante, a indústria americana não estava globalizada. A maioria da competição era local, regional ou nacional; não havia competição internacional.

Nos anos 60 e 70, os avanços da pesquisa em Biomedicina estimularam o conhecimento de novos produtos e tecnologias. O público americano começou a aumentar suas expectativas em relação na medicina curativa, e os médicos aumentaram seus conhecimentos e habilidades sobre o diagnóstico de doenças. Como resultado, neste período o número de especialistas e de suas associações cresceu e a quantidade de escolas de Medicina praticamente duplicou. Em 1947, o Presidente Truman tentou implantar um sistema unificado de saúde e não conseguiu. Anos mais tarde, Kennedy e Clinton também tentaram e não conseguiram. De forma, que não existe um sistema unificado para pagamento de serviços de saúde pública nos Estados Unidos. Em 1965, Medicare e, mais tarde o Medicaid, tornaram-se disponíveis como uma rede segura para determinados grupos da população.

A partir dos anos 70, a economia americana começou a ser globalizada. Entre 1980 e 1990, o número de especialistas passou a superar o número de generalistas; os empregadores e o Governo pagavam pelos serviços através de tabelas. O pagamento *per capita* praticamente não existia, a população consultava especialistas diversos, sem referências e sem *gate-keepers* (porteiros do sistema, controladores). O contínuo uso da tecnologia gerou um aumento abrupto dos custos da Medicina, assim, os custos dos cuidados médicos aumentaram em mais de 12%, e a qualidade da maioria não cresceu na mesma proporção. Hoje, 40 milhões de americanos não possuem qualquer tipo de seguro de saúde. A indústria americana dos anos 90 é altamente globalizada, compete internacionalmente e o aumento dos custos com cuidados de saúde vem demandando a necessidade de um maior controle sobre os gastos. O governo Clinton instituiu um plano nacional de assistência à saúde que fracassou por não ter tido apoio político. Assim, onde o governo falhou a indústria entrou em ação: com o objetivo de reduzir os custos, tem criado coalizões com provedores terceirizados a fim de controlar os custos.

A partir de 1995, a indústria começou a direcionar os empregadores para a sistemas de seguros de saúde, como HMO (Organização de Manutenção à Saúde), que exige pagamento mensal por serviços de consultas com generalistas e por atendimento hospitalar, ainda que o beneficiado não tenha se utilizado destes serviços. Como resultado, o desempenho profissional dos médicos começou a ser monitorado e seu salário passou a estar atrelado à sua produtividade. Com isso, a relação médico-paciente começou a entrar em colapso.

Assim, nos anos 60, a Medicina era praticada com base no pagamento por serviços, isto começou mudar e nos anos 90, foram introduzidos os HMOs, o pagamento de serviços per capita e os *gate-keepers*. O número de *gate-keepers* varia em diversas partes dos Estados Unidos: em Boston, 62% da população está submetida a este controle, em Indianápolis e Seattle, esta prática atinge apenas 43%. A relação ideal é que não mais de 50% estejam submetidos ao controle de *gate keepers* e que os outros 50% da população

possam procurar o médico de sua escolha, seja ele generalista ou especialista.

Hoje, as pressões para uma mudança na assistência à saúde apontam em direção à uma Medicina preventiva voltada para o conjunto da população, saindo do hospital e da Medicina ambulatorial. Há também uma maior conscientização quanto à contenção de custos. No período de 1965 a 1995, o Produto Interno Bruto americano cresceu de 5,7 para 13,7, e hoje encontra-se bem acima dos 14. Os valores *per capita* gastos com saúde passaram de US\$ 200 para US\$ 3.500. Em muitos países africanos, estes custos são menores do que US\$ 100 per capita/ano. Atualmente, 58% dos americanos desejam a diminuição dos custos com saúde, 42% querem que permaneça como está.

O Med-Care está acessível apenas para cerca de 37 milhões de usuários, ou seja, 15% da população americana, número que vem aumentando com o envelhecimento da população. Após os 65 anos, todos devem contribuir com algum tipo de suplementação, o restante é financiado pelo Governo Federal. Já o Med-Aid é basicamente um sistema voltado para os mais pobres e os recursos vêm, em parte do Governo Federal, e mais recentemente, do Governo Estadual. Hoje, perto de 39 milhões de pessoas são beneficiadas. Em 1975, eram 22 milhões, e o maior aumento aconteceu na população de crianças e deficientes. Isto demonstra um aumento dos gastos públicos federais direcionados aos pobres. No entanto, 40 milhões dos 260 milhões de americanos não possuem seguro de saúde e tampouco têm acesso ao Med-Care ou ao Med-Aid. Os percentuais variam no país: em alguns estados é de 9%, em outros 19% e, em Miami, chega a 23% do número de habitantes. As pessoas que não são atendidas por seguros governamentais, são asseguradas por seus empregadores e as mensalidades dos planos de saúde são pagas em parte ou integralmente por estes. A maioria dos americanos recebe cuidados médicos financiados, parcial ou totalmente, por seus empregadores, através de seguros de saúde como o HMO e outras seguradoras privadas.

O sistema de saúde básica nos Estados Unidos em 1998 pode ser caracterizado como detentor de excelentes cuidados médicos que, no entanto, são muito caros. A assistência primária à saúde é boa, mas não está disponível nas cidades pequenas e no interior do país. Uma boa parte dos médicos que atuam na atenção básica recebem seus salários na proporção de sua produção sendo, geralmente, pagos por hospitais ou por instituições como o HMO.

As mudanças nos paradigmas apontam para o retorno a uma Medicina preventiva direcionada para as bases da população americana. Observa-se um crescimento da medicina alternativa – geriatria e especialidades não médicas – mas também uma competição cada vez mais acirrada no mercado dos planos privados de saúde.

Com relação ao mercado de trabalho, a saúde pública americana tem estimulado a formação de mais especialistas do que de clínicos gerais: em 1950 havia uma predominância de clínicos gerais; em 1970 ainda havia um bom número de clínicos gerais, mas o número de especialistas já era maior. Um clínico geral recebe, hoje, entre US\$ 135 e 200 mil/ano. Um especialista pode receber valores que variam de US\$ 200 mil/ano a US\$ 1 milhão ou mais. Por outro lado, enfermeiros com bacharelado e mestrado recebem em

média US\$ 60 mil/ano. Como o aumento do número de especialistas vem aumentando, o *gate-keeper* tornou-se um problema.

Assim, o Governo americano está mobilizando recursos a fim de o acesso aos serviços de saúde em todo o país. Para isso, foram definidas algumas prioridades: promover o acesso à qualidade do atendimento aos excluídos; reduzir as desigualdades raciais e clínicas; promover um sistema de atenção à saúde voltado para o conjunto da população; assegurar programas que quebre as barreiras junto à população e promover o desenvolvimento de um sistema de gerenciamento eficiente e com efetivo custo-benefício. A crise na assistência à saúde está provocando, no nível das comunidades, uma volta da promoção à saúde, apoio para movimentos direcionados a estimular a solidariedade e os auto-cuidados de saúde; no nível das salas de aula, está surgindo um movimento de reforma para que o ensino médico seja voltado para a criação de generalistas com ênfase na atenção primária de saúde.

Nas universidades, começa-se a utilizar metodologias múltiplas em lugar dos antigos paradigmas pedagógicos, que não acompanharam a realidade, com o objetivo de se obter um ensino integrado: aprendizagem baseada em problemas (PBL), pequenos grupos de discussão, conferências clínicas, suporte de informática, apresentações de trabalhos em sala de aula, entre outros. É preciso que o aluno seja preparado para resolver problemas, que seja motivado para tornar-se um auto-educador. As escolas de Medicina precisam construir curriculuns com abordagens multiprofissionais, incorporando sobretudo as ciências do comportamento e as ciências básicas. Em muitas destas escolas, as mudanças nos curriculuns já estão acontecendo, com o direcionamento dos cursos para os interesses dos alunos, que escolhem os assuntos e os grupos populacionais que serão estudados, desenvolvendo seus projetos em colaboração com líderes comunitários. Neste contexto, o treinamento ambulatorial deve estar articulado com as outras atividades e necessita ser supervisionado por um professor com larga experiência com atenção primária, que possibilite o desenvolvimento integrado entre o treinamento no hospital e as experiências comunitárias em Medicina preventiva.

A crescente utilização de trabalhadores ou promotores comunitários, que fazem a ligação entre os serviços de saúde e as pessoas é um fenômeno em expansão nos Estados Unidos. Baseado nos fundamentos de Paulo Freire - da educação para participação crítica, este movimento está sendo reconhecido como um efetivo meio para se trabalhar com populações com baixo poder aquisitivo, com baixa escolarização e minorias. Em 1994, 75% das associações de trabalhadores comunitários de saúde atuavam em territórios definidos e haviam estabelecido vínculos com uma determinada comunidade; 25% delas eram financiadas com recursos estaduais, de escolas e de hospitais. Em 1997, 95% das equipes de trabalhadores comunitários de saúde mantinham em seus territórios, de forma permanente, voluntários treinados por enfermeiras e por outros profissionais de saúde. O modelo de parceria com a comunidade é o novo paradigma para a atenção à saúde nos Estados Unidos. Foi concebido pela Fundação Kellogg e por outras fundações para ser utilizado em uma comunidade hispânica no Texas. Envolve três linhas de ação: atenção primária, saúde comunitária e desenvolvimento da comunidade; cada uma

destas linhas está centrada em dois conceitos centrais – as parcerias e o protagonismo das comunidades.

Uma equipe de saúde é igual a um time de futebol: funciona melhor quando seus membros atuam de forma crítica mas integrada. Desta forma, as metodologias utilizadas no treinamento de todos aqueles que lidam com as comunidades devem estimular a auto-descoberta e o ciclo de reflexão e ação.

CANADÁ
Johanne Theoret

Vinda do Quebec, província do Canadá, Johanne Theoret trabalha no CLSC - Centro Local de Serviços Comunitários, no Hospital Universitário Santo Sacramento, no Departamento de Medicina Familiar, onde preside um Comitê sobre Família, responsável pelas recomendações sobre os objetivos que os médicos de família devem buscar para o trabalho com a sua clientela. Theoret apresentou o sistema de saúde do Quebec, o papel da medicina familiar na atenção primária, e a formação dos interventores, particularmente os interventores da medicina familiar.

“Medicina de família é para a toda a vida. Ter um tempo bastante longo para acompanhar o paciente é o que faz a riqueza da nossa profissão”

Quebec é uma província, a leste do Canadá, com uma população de 7,3 milhões de habitantes, 960 mil famílias e 1,6 milhões de crianças. A renda média é de \$50.000 por ano para uma família com duas crianças e com U\$25.000 por ano chega-se a uma situação precária e até de pobreza. A população ativa compreende 3,6 milhões.

Em Quebec as famílias têm uma grande importância. Existe uma Secretaria de Família que efetua inúmeras entrevistas junto aos médicos, para conhecer as necessidades da população.

A criança é uma grande prioridade em Quebec e dois documentos expressam isto: um documento de consulta, que representa o resultado de entrevistas feitas por experts junto a inúmeros interventores, aos hospitais, aos especialistas, às escolas, aos centros comunitários e às crianças (receberam centenas de cartas das crianças), para avaliar as necessidades e criar prioridades junto às famílias; e um outro em que as consultas foram feitas às famílias.

Uma outra prioridade são as pessoas idosas. A maioria da população se situa entre 30 e 45 anos. A pirâmide etária, no entanto aponta para um envelhecimento da população, cuja predominância vai ser das pessoas de 55 a 65 anos. O conhecimento deste perfil é importante para que se possa planejar e investir nos cuidados com a população idosa, já que os cuidados vão aumentar bastante.

A expectativa de vida, em Quebec, é de 67 anos. Na média, as mulheres vivem 85 anos e os homens 79 anos. No entanto, é preciso pensar que há uma diferença bem grande entre expectativa de vida e expectativa de vida saudável. E esta última é bem mais curta: 64 anos para os homens e 68 anos para as mulheres.

As principais causas de mortalidade são as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias, os traumatismos, os acidentes e os envenenamentos.

Em Quebec, hoje, existe o Ministério de Saúde e Serviços Sociais, resultado da fusão, há alguns anos atrás, do Ministério da Saúde com o Ministério dos Serviços Sociais, com o objetivo de agilizar e facilitar os trabalhos e trazer mais recursos de prevenção para a população.

Os principais fundamentos do sistema de saúde são: universalidade, integralidade e acessibilidade dos cuidados para todos; gestão pública; e o direito do serviço de saúde em todo o território de Quebec.

No Quebec o que se quer de qualquer forma é a redução de disparidade que é um grande desafio do sistema de saúde.

O acesso ao sistema é sem taxação, é uma responsabilidade da província. Há um seguro de hospitalização que se iniciou em 1960; um seguro doença, desde 1970 e um sistema de seguro, por limite sobre autorização, desde 1987. Frequentemente a população não conhece o serviço. E o interventor tem um papel maior nisto, seja enfermeira, assistente social, médico de família. Os médicos têm muito a aprender com as enfermeiras, os trabalhadores sociais, assim com as enfermeiras têm muito a aprender com os médicos.

Os quatro princípios da medicina familiar inspiram a formação de médico de família. O primeiro princípio que quer que ela seja, no final, clínico competente, eficaz e que seja capaz de atender o paciente, saber por que ele ficou doente e tratá-lo bem; o segundo princípio é que a medicina familiar é totalmente orientada para a comunidade; o terceiro princípio é a medicina familiar é um recurso para uma população definida e deve estar disponível junto à comunidade; e finalmente, a relação entre médico e paciente - uma relação primordial e a maior parte da formação está baseada nessa relação. Em Quebec, as queixas no nível médico não se referem a faltas profissionais, mas a maior parte das queixas são por relação mal trabalhadas, como conflito médico paciente. Assim, a relação médico paciente é extremamente importante.

A formação do médico se dá em seis ou sete anos e compreende três etapas: a pré-clínica, dois a três anos, em que os estudantes podem escolher fazer em dois ou três anos; o período de externato, em que eles estão junto do paciente, fazendo estágios habituais de pediatria, de psiquiatria, de Obstetrícia, de medicina interna e a residência em medicina familiar. Desde 1988, todos os médicos generalistas devem passar obrigatoriamente pelo programa de residência em medicina familiar, que dura 2 anos. Ele recebe, então uma formação complementar no nível da abordagem do paciente.

A residência em medicina familiar dura dois anos, com estágio em que 50% é em especialidade e 50% em contato com a medicina familiar. Durante dois anos eles têm atividades longitudinais, acompanhando o paciente, para que eles saibam que uma das características da medicina familiar é o acompanhamento do paciente.

As atividades em medicina familiar são muito numerosas: o acompanhamento no consultório; o cuidado em casa a aqueles que têm urgência; o acompanhamento do paciente no domicílio; a avaliação geriátrica multidisciplinar para os pacientes idosos e hospitalização de pacientes, porque, na formação, o médico de família deve exercer a prática

de hospitalizar, pois precisa ter uma experiência nesta área: eles pegam os pacientes de urgência, dão entrada no hospital e os liberam, ao final da hospitalização. Frequentemente, durante a permanência do paciente, no hospital, o residente deve reorientá-lo, pois talvez o paciente não retorne imediatamente para casa e então é preciso entrar em contato com os assistentes sociais para relocá-lo. Esta é uma parte da exposição do residente à medicina familiar.

Os residentes, são, do ponto de vista da urgência, expostos a cirurgias externas, como a pequena cirurgia e todos os programas do CLSC.

Na residência, há uma parte voltada para a pesquisa. Os residentes são obrigados a participar de projetos de pesquisa e a trabalhar noções de epidemiologia para ter um pensamento comunitário.

Há um espaço para os Seminários, onde são abordados outros assuntos que não só os específicos de saúde, mas os temas psico-sociais, como o divórcio, a morte, a negligência com crianças, etc. Para esta abordagem psico-social pede-se a colaboração de profissionais capacitados nestas áreas, a fim de que os residentes possam ter contato com outros profissionais da saúde.

É realizada uma série de oficinas sobre entrevistas centradas no paciente e intervenção junto às famílias. E são realizados encontros onde os médicos de família podem falar sobre os pacientes difíceis, por que encontram muitos pacientes difíceis é preciso discutir sobre isto. Os residentes também fazem estágio sobre como fazer uma psicoterapia, como ajudar um paciente, no plano psicológico.

Então, quem são os formadores do médico de família? São médicos professores que, na unidade de medicina familiar, recebem ao redor de 20 a 25 residentes. Eles têm uma formação complementar, mestrado em pedagogia universitária das ciências da saúde, mestrado em psicologia, em saúde pública, em epidemiologia, em antropologia, ou *expertise* em diferentes domínios da saúde, relacionados à medicina familiar. É verdade que os residentes ficam expostos a especialistas, mas durante dois anos estão sempre expostos à medicina familiar. Os assistentes sociais, os psicólogos, as enfermeiras, os nutricionistas e os farmacêuticos, todos eles têm um papel muito importante no nível do ensino dos residentes. A informática ganha importância cada vez maior. A informatização dos *dossiers* é um projeto em processo de realização. Além disso, o acesso a bancos de dados e à literatura médica tornam-se imperativos à formação atual dos residentes e à formação continuada, após o fim de sua residência.

Finalmente, qual é o impacto de todo este sistema? É verdade que se vem passando por reformas nos últimos anos no nível do sistema de saúde, e está se vivendo um momento de muitos cortes, porque o sistema de saúde no Quebec é muito caro e é preciso diminuir os custos sem negar a saúde à população. E isto pode afetar o desempenho de todos os envolvidos. Mas, apesar dos cortes, continua o desafio de conservar a saúde das crianças, dos jovens, da família e dos idosos.

Debatedor

José Roberto Ferreira

Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

José Roberto Ferreira confessou estar em um processo de conversão que começou com as conversas com Dr. Adib Jatene e Heloisa, ao longo da evolução do programa. Antes de iniciar seu comentário, referiu-se a uma frase que ouvira nos Estados Unidos da América, alguns anos atrás: “o desenvolvimento vai tão rápido que quanto mais eu corro, mais vou ficando para trás”.

A solução brasileira apresenta uma realidade totalmente distinta das experiências apresentadas, pela clara definição de uma equipe de saúde da família, abandonando-se a expressão médico de família. E mais, a formação é de profissionais de saúde da família e não de médico, de enfermeira.

As apresentações de hoje não devem ser analisadas em relação à nossa realidade. Não cabe criticar o modelo apresentado por um país soberano que trabalha a sua realidade, mas aproveitar os seus pontos positivos.

Na realidade, o começo de toda essa problemática, no mundo, sobretudo nos países da América do Norte, se deu em situações diferentes. Nos EUA, particularmente, o processo vem em resposta ao alto custo da atenção, mas também da necessidade de substituir o excesso de formação especializada, e buscar uma solução para o médico geral que não fosse aquele generalista que estava, no momento, altamente desprestigiado nos EUA, inclusive com o seu acesso ao hospital bloqueado. Ao criar a idéia de formação do médico de família, por mais que esse médico de família devesse estar orientado para a comunidade, essa questão do bloqueio do generalista ao hospital pesou tremendamente, a ponto de, no primeiro momento, o desenvolvimento ter se dado através de clínicas que se formavam junto ou na periferia do hospital, procurando de alguma maneira um vínculo com a prática hospitalar. Isto retardou significativamente o avanço a que se queria chegar, mas a que se está chegando hoje.

No caso norte-americano, deve-se muito à crítica crescente à super especialização, pois em função dela está se chegando a algo como reconversão do especialista em generalista, como forma de reduzir o excessivo número - 70% - de especialistas. Conforme a fala da representante do Canadá, o deveria se ter 60% de generalistas e não de especialistas.

Um dos pontos fundamentais, hoje, é liberar-se do vínculo hospitalar e poder, realmente, desenvolver a prática em função de um vínculo mais comunitário ou no nível da população. Outro aspecto muito importante, em relação ao novo modelo e que vem ocorrendo nas apresentações realizadas, que no nosso caso se aproxima mais da solução canadense e se afasta da solução americana, é o controle social e o papel do Estado, que no Brasil incorpora a estratégia, no sistema pactuado nos três níveis de governo.

O ponto fundamental a ser ressaltado é o caráter de especialista que este profissional de família assume. Em primeiro lugar, por que um médico especialista em família? Parece contrasenso pensar em um especialista em generalidade.

Todo esse processo se desenvolveu, em função de bloquear, de reduzir a tendência excessiva de especialização. Se fôssemos realmente caminhar no sentido do médico e enfermeira de família, estaríamos, de

certa forma, numa posição de alopatas adotando uma solução homeopática para tratar seus problemas, partindo de uma especialização em doses milésimas, para resolver o que eles queriam contestar que era o excesso de especialidade. Um dos aspectos que necessariamente tem de ser contornado, neste processo, é a vinculação da idéia de especialista com a idéia de qualidade.

Interessante observar que, conforme declaração do Dr. Salafsky, mesmo com o excesso de tendência de especialização, não houve melhora da qualidade da atenção que se prestava. Isto é real. Mais que qualidade como fenômeno isolado, é preciso que se associe esta qualidade à relevância, pois qualidade sem relevância não tem sentido maior e isto é o que se poderia aproximar, em sentido mais amplo, do conceito de equidade. A especialidade traz uma associação com a complexidade e a sofisticação. E, em muitos casos, pode até afastar-se da qualidade. É, pois, importante que este ponto se incorpore à visão do profissional de Saúde da Família, porque não é só um problema no nível do serviço, mas é também um problema na própria comunidade, e para quem faz aconselhamento na comunidade uma das funções é conseguir suplantar a visão de associar qualidade ao mais alto grau de sofisticação, de alta tecnologia e de especialização.

O mesmo se aplica às questões de nível e de modalidade de formação. A incorporação da formação do profissional de Saúde da Família, na graduação, é uma necessidade. Defeituoso é incentivar pós-graduação precoce. Desperdiçar seis anos de estudos, para só no final partir para uma pós-graduação não parece o caminho.

É óbvio que agora, enquanto a formação na graduação não está sofrendo mudanças, estes profissionais não estão em condições de enfrentar a problemática no campo e vão necessitar de uma mudança de orientação. E esta mudança de orientação surge, no modelo brasileiro, com a educação permanente, insistindo na diferença entre ela, como metodologia incorporada pela UNESCO, e baseada nos ensinamentos de Paulo Freire, que se diferencia fundamentalmente da educação continuada, que se usou muito na prática médica.

O eixo da educação permanente é necessariamente as condições de trabalho, de serviço, e ela só pode ser feita no nível já do exercício profissional, pois essas condições facilitam para que a educação aconteça de forma interdisciplinar e por diferentes profissionais que atuam no campo. Educação permanente supera, no primeiro momento, o que podia ter sido alcançado, através de um processo de residência, que estaria assim ainda mais dissociada da prática concreta da realidade. Entretanto, não se deve abandonar totalmente a idéia da pós-graduação.

A sustentabilidade não está apenas na questão de assegurarmos os postos de trabalho ou salário a longo prazo. A sustentabilidade está fundamentalmente no respeito por uma carreira que se inicia e que passa por todos os escalões. A mudança que vai ter que ocorrer vai ser às custas dos profissionais de Saúde da Família que vão chegar a ser, inclusive, professores e que vão chegar à academia, vão fazer pós-graduação, não de especialização, mas de *sensu strictu*, com mestrado e doutorado.

Há alguns aspectos que são ainda incipientes no modelo brasileiro, como a visão ampliada da Promoção da Saúde em que a intersectorialidade ocupa um espaço especial. O verdadeiro trabalho intersectorial está não só

no nível do Ministério, mas dos municípios, das comunidades, e ele é fundamental para se possa resolver, em toda sua extensão, o trabalho multiprofissional, multidisciplinar, envolvendo parcerias, como já foi mencionado.

A promoção envolve também a população, não nos termos clássicos, como a participação comunitária, mas como “empowerment” da população, envolvendo lideranças comunitárias no poder de decisão política, orientando-os para a promoção de políticas saudáveis.

Debatedor

Eleutério Rodrigues Neto
Universidade de Brasília

A excelência das apresentações dos dois conferencistas de Illinois e do Quebec trouxe realidades bastante específicas e bastante ricas, evidentemente, como estratégias a serem copiadas, mas como alguma coisa que pode ser colocada no horizonte brasileiro. O doutor Jatene falou conferência de abertura sobre o significado de prioridade. Prioridade é uma palavra extremamente desgastada entre nós. No Canadá, a prioridade, do ponto de vista da qualidade de vida, de melhores indicadores de saúde, significa, concretamente, do ponto de vista do Governo, uma prioridade absoluta, em termos de alocação de recursos. O Canadá gasta, do ponto de vista *per capita*, pelo menos 25 vezes mais do que temos possibilidade ou chance de gastar no Brasil. Prioridade é isso, não é discurso, é alocação de recursos, que viabilize um programa. O que se tem falado na estratégia de Saúde da Família, na maioria das vezes, a argumentação básica vem pelo lado da racionalidade de recursos ou, por um outro lado, pela questão da diminuição das desigualdades: a permeabilidade dos serviços nas determinadas faixas da população que não têm acesso regular ao serviço de saúde, do ponto de vista da busca de uma maior acessibilidade. Esse é um objetivo bastante importante e concreto, e realmente palpável, entretanto, nem sempre é suficientemente explorado, e essa é a tônica das propostas. Quer dizer, as experiências relatadas tratam a questão não como uma estratégia para compensar, ou para competir, ou colocar ao lado do sistema de saúde, mas tratam isso como a construção de um novo paradigma de atenção à saúde. A questão é centrar na família, centrar na relação com a comunidade, o que tem a ver com a construção de um novo paradigma.

Há clareza no diagnóstico e consenso em todos de que o paradigma clínico e **flexneriano** é o que está em crise, que precisa ser substituído e ser construído. No caso do Brasil, quando se fala em reforma sanitária, em Sistema Único de Saúde, estamos propondo a implantação, a construção de um novo paradigma, baseado num conceito chamado conceito ampliado de saúde. Esta é a nossa grande dificuldade. Como mudar um paradigma? Existe uma concepção nova de saúde inscrita, inclusive, na Constituição, mas como colocar o guiso no rabo do gato? A descentralização, o controle social são caminhos que sozinhos não bastam. A virada para fazer uma ruptura dessa cultura médica **flexneriana**, talvez seja justamente a estratégia de Saúde da Família, vista na perspectiva de um novo conteúdo, uma nova

prática, uma reorganização das práticas de saúde e não simplesmente como alguma coisa que vai vir em lugar de.

As experiências do Canadá e de Illinois mostram claramente que o que está em jogo não é a implantação de um programa paralelo, de uma nova técnica, de uma nova estratégia, de uma nova especialidade, mas a construção de um novo paradigma. Esse é o desafio que se coloca para o Brasil. Usar a estratégia de Saúde da Família aproximando, dando uma nova reorganização das políticas de saúde, aproximando o serviço de saúde com a comunidade, permeabilizando seu controle social e rediscutindo o perfil de formação, os conteúdos curriculares de formação. Talvez esteja aí a senda, para que se possa estar construindo esse paradigma da vigilância à saúde, que, de fato, está na base e na dificuldade de implantar o Sistema Único de Saúde no país. Em função de nossa diversidade regional, e para não se incorrer em desvios imediatistas e às vezes até oportunisticamente eleitoreiros, é preciso estar atento a algumas questões ao se construir esse paradigma. Primeiro, a ação, a estratégia de Saúde da Família, deve ser o vínculo da família e da comunidade com o sistema de saúde, e não alguma coisa que substitua o sistema de saúde. Ela é o vínculo fundamental. Segundo, é preciso ter a questão da prioridade absoluta, nos aspectos de promoção da saúde e proteção da saúde, especialmente na perspectiva da construção dessa idéia da vigilância da saúde, do monitoramento da questão da vigilância sanitária, em termos de controle de riscos da vigilância epidemiológica, do ponto de vista do controle das doenças. Terceiro, do ponto de vista das ações assistenciais propriamente ditas, é necessário ter cuidado para não estabelecer uma concorrência, uma competição entre o serviço institucionalizado, na rede, e o serviço prestado em casa, pois tem suas especificidades. A atenção domiciliar deve ser dirigida a pacientes crônicos, a pacientes terminais, com dificuldades de condução, da mesma forma que os cuidados de enfermagem para esse tipo de paciente; o pronto atendimento cabe no ambiente domiciliar. No entanto, é fundamental assegurar, por exemplo, continuidade de tratamento nos casos das doenças crônicas, da tuberculose, hanseníase entre outras, assim como a própria questão do crescimento e do desenvolvimento. Por outro lado, é complicado deslocar, por exemplo, o agendamento do pré-natal do centro de saúde, para ser feito regularmente dentro de casa. Perante a população, isso significa um desprestígio do serviço de saúde. A ação de Saúde da Família tem que estar muito mais voltada para recuperar esse vínculo, a identificação da comunidade, da família, com o sistema de saúde.

Outra questão importante a ser assegurada é vinculação com o profissional, o que não significa que o profissional tenha que fazer visita regular e contínua na casa das pessoas: esse é o papel do agente comunitário, do pessoal de enfermagem, que devem identificar a situação em que o médico precisa visitar a casa e aquelas situações em que o paciente deve ser referido ao serviço de saúde. Como o José Roberto falou, a estratégia de Saúde da Família pode ser um caminho importante para a gente tentar tirar o SUS da inércia, colocando novos desafios para sua implementação, como a reorientação dos modelos de formação profissional, em todos os níveis. A dificuldade de se questionar esse paradigma clínico está nos atuais modelos de formação profissional em todos os campos da saúde.

Na apresentação de Quebec, a professora **Joanne** deu ênfase à questão de é fundamental que o ensino se dê na realidade, na condição onde o indivíduo vai praticar depois de graduado. No caso de Illinois, a ênfase foi no aspecto mais metodológico, na questão do desenvolvimento da consciência crítica, que só pode se dar na interface, na confrontação do aprendiz com a realidade de atenção e na realidade do serviço.

O questionamento do atual modelo educacional em relação à formação dos profissionais de saúde, dentro do ponto de vista de graduação, quanto do ponto de vista de educação permanente, tem que ser transformado numa diretriz política forte. É preciso que o Ministério da Saúde, que tem, constitucionalmente, uma função definida de ordenar a formação de recursos humanos, possa assumir esse seu papel político, de catalisar, orientar, induzir e pressionar, a fim de as universidades, as faculdades de centros de saúde, os cursos de medicina, de enfermagem saiam do papel absolutamente conservador, de reduto de manutenção do atual paradigma do país. Esse é o nosso desafio. Enquanto isso não for mudado, é impossível se pensar na sustentabilidade do modelo, da estratégia de Saúde da Família e, muito menos, da possibilidade de que esta estratégia possa vir a induzir uma mudança global do paradigma e da reestruturação das práticas da saúde no país, na perspectiva da reforma sanitária e do SUS.

COLÔMBIA
Rodrigo Barceló

Professor da Universidade del Norte, instituição privada de ensino, Rodrigo Barceló descreveu a experiência de organização dos sistemas locais de saúde no município de Barranquilla.

A descentralização nos Sistemas Locais de Saúde começou nos SILOS 1 e 3. O processo teve início quando o diretor do Departamento Executivo de Saúde - o DISTRISALUD - assumiu a coordenação e a elaboração da política local de saúde, responsabilizando-se por tudo que diz respeito aos SILOS, no âmbito da atenção primária. Os assuntos de atenção secundária e terciária ficaram com outros departamentos.

Este processo implicou na descentralização administrativa, técnica e financeira como também no fortalecimento do sistema de informação, tendo em vista a necessidade de cada uma das equipes articular todas as histórias das cerca de 700 famílias que vivem na área de influência do projeto. Por outro lado, este sistema de informação deveria mudar os parâmetros dos indicadores utilizados para analisar a gestão e o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde. Em conseqüência se fortaleceu toda a rede de serviços em nível local.

Em Barranquilla, antes de 1993, não havia infra-estrutura de saúde, existiam apenas alguns postos, sem nenhuma organização e nenhum funcionamento. Agora há uma rede de serviços ao redor de cada um dos SILOS, formada por vários centros de saúde que dependem do que hoje chamamos de empresa social do Estado, ou seja, um hospital local que articula a rede dos serviços locais de saúde. Existem duas destas empresas. Há o sistema de referência e contra-referência, utiliza-se muito os sistemas

de comunicação – rádio, telefone etc. – e também foram elaborados guias de manejo clínico e epidemiológico, que permitem aos profissionais de saúde fazer a derivação pertinente em um dado momento, quando tem algum tipo de dúvida.

O objetivo da mudança foi dar um enfoque sistêmico à atenção oferecida aos indivíduos, à família e à comunidade. Este processo de mudança foi respaldado em um decreto legal de 1967, que prioriza a família como âmbito das ações de saúde, como também o fato de que, na Colômbia, havia algumas instituições que há mais de 20 anos estavam realizando um sistema de medicina familiar voltado para o seguro social. Este sistema, com os devidos ajustes, foi um dos referenciais utilizados para o desenvolvimento da experiência de Barranquilla. Por outro lado, a legislação colombiana estabelece, em seus diversos artigos, que deve se dar à atenção à família como núcleo essencial da sociedade e como elemento básico para a formação de outros grupos sociais, entendendo-se que as ações devem se estender aos diversos nichos ecológicos nos quais se movem as pessoas, desde sua vivenda até a escola e outros nichos.

O Ministério da Saúde expediu a lei 100, na qual considera a ampliação dos serviços sob a perspectiva do que considera sistema de saúde familiar. Isto que está na legislação encontra-se ainda incipiente, em grande parte da Colômbia. Creio que se está fazendo algo com saúde familiar, em Cali, Medellín, em algumas parte de Bogotá e o que estamos fazendo em Barranquilla. Estas são experiências circunscritas.

O Ministério da Saúde promoveu, através das diversas faculdades de Ciências da Saúde, a apresentação de projetos de formação em saúde familiar. Seis universidades colombianas estão oferecendo programas de saúde familiar e há três que estão oferecendo programas de medicina familiar como tal, com um enfoque clínico seguido de muitos aspectos que enfocam o promocional, o preventivo e do trabalho em comunidade.

O modelo de saúde familiar tradicionalmente mais trabalhado é a parte curativa, quando a pessoa está enferma. A idéia é aplicar procedimentos específicos dentro dos diversos nichos ecológicos nos quais se movem as pessoas – a nível de lugar, escola, nicho laboral, via pública e outros – e fazer a detecção de fatores de risco, para fazer o diagnóstico precoce da enfermidade, entre outras coisas. No entanto, vamos encontrar um grupo da população que é fundamentalmente são e a esta população, a estas famílias e estes indivíduos pode-se oferecer no mesmo cenário da família, através da equipe de família, as diversas ações promocionais de educação para os autocuidados, a partir dos centros de saúde. Vamos encontrar também uma população com fatores de risco, então aqui também se faz a promoção e a educação para os auto-cuidados, com o objetivo de manejar estes fatores de risco ao lado dos aspectos preventivos específicos que tenham a ver com eles, tanto no nicho, nos espaços sociais, como no nível das instituições que irão receber estas pessoas, tendo em vista a gravidade dos problemas de saúde que apresentem. Esta é a forma como operamos com o sistema, no entanto, fazendo uma dupla via desde os nichos ecológicos e da comunidade até os postos e centros prestadores de serviços, através das equipes de saúde.

Outro componente fundamental do sistema é a atenção através das equipes de saúde. Estas equipes, fundamentalmente, fazem visitas domiciliares durante as quais buscam soluções conjuntas aos problemas

que aparecem, os quais resolvem de acordo com suas possibilidades, dentro da mesma família. Se chegam a um diagnóstico preliminar, discutem em qualquer outro espaço com o resto da equipe de saúde e tomam decisões com respeito ao manejo da família e de seus membros. De acordo com o caso, é feita a referência para o primeiro, segundo ou terceiro nível de atenção.

Existem alguns problemas de integração das equipes, porém são resolvidos à medida que se estabelece um processo de planejamento conjunto das atividades entre docentes, estudantes, profissionais de serviços, líderes comunitários para que haja esta abordagem em nível de indivíduos, famílias e comunidades. Nossas equipes de saúde são formadas, principalmente por médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais, odontólogos, estudantes de medicina e de Enfermagem (normalmente há 3 ou 4 por cada equipe), às vezes temos menos estudantes de Enfermagem pois há contradições nestes sistemas: mais recursos médicos e menos recursos de enfermagem, o que faz com que a enfermeira existente acabe dedicando-se à parte administrativa, abandonando outros espaços de atuação. Líderes comunitários e promotores de saúde também participam. Temos atualmente 34 equipes, cada uma atendendo a 700 famílias, com 3.500 beneficiários.

O modelo se dá no contexto da lei 100, de 1993, através da qual se reorganiza o sistema de seguridade social da Colômbia. Na área de saúde, o modelo é desenvolvido no contexto fundamentalmente neoliberal, com política de ajustes que implica no plano fiscal, o que tem grandes repercussões no nível da população, sobretudo a mais pobre. É um dos desafios que se colocam assim como as incertezas dos atores frente ao processo de mudança. Espera-se que o processo de fortalecimento dos atores, de capacitação permanente e de divulgação do que se faz permita a manutenção das pessoas. Há um problema grande no novo sistema de seguridade social na Colômbia: quem distribui o financiamento ou parte dele é o Fundo de Solidariedade e Garantia, que recebe todos os aportes, que teoricamente deveria receber os aportes dos usuários, especificamente aqueles que têm a capacidade de compra, está incluído em algum regime de caráter contributivo. O financiamento de grandes atividades de educação, promoção, prevenção coletivas depende do Estado. No entanto, as instituições prestadoras de serviços, quando recebem recursos pela área específica do Plano Obrigatório de Saúde, não querem realizar as atividades de caráter preventivo promocional. Isto está quebrando a integralidade que esse modelo está buscando. Este é um dos problemas enfrentados e um dos desafios. Pelo menos nos SILOS 1, 2 e 3, onde trabalhamos, isto não acontece devido ao trabalho prévio que se vem realizando. Não é o caso dos outros SILOS e de todas as diversas instituições prestadoras.

As instituições de saúde estão protegidas do mercado livre mediante associações que estão fazendo entre si para barganhas/negociações com as empresas promotoras de saúde, para que assegurem a prestação dos serviços, no nível básico, por captação, por unidade paga, por pessoa. Logicamente, nos níveis secundários e terciários de prestação de serviços, terá que se continuar a trabalhar por agrupamentos de atividades ou por pacotes e alguns por atividades individuais.

A experiência do Seguro Social Campesino, criada em 1968 e considerada à época uma iniciativa revolucionária no campo da atenção primária em saúde. Pedro Barreiro iniciou sua fala traçando um rápido painel econômico, social e da saúde pública no Equador. Frisou que apesar dos indicadores de saúde mostrarem melhora substancial nos últimos 20 anos dependendo da região do país, estes indicadores apresentavam diferenças, ocultando muitas realidades, a maioria delas, dolorosas. Buscando não só relatar, mas também comentar as realidades de seu país e da experiência do Seguro Social Campesino, Barreiro apresentou de forma sucinta os principais resultados alcançados assim como os desafios e entraves existentes.

O Equador é um país de 275 mil km² - ou seja, umas 30 vezes menor do que o Brasil - onde vivem 12 milhões de pessoas, sendo 62% na zona urbana e 38% na zona rural. O volume da dívida externa alcança os US\$ 15 milhões, o que equivale a aproximadamente 76% do Produto Interno Bruto. O salário mínimo é de US 147 (câmbio de julho 1998). A moeda é o sucre.

Segundo o Índice de Desenvolvimento Humanos para 1997, o Equador ocupa a oitava posição dentre os países latino-americanos, logo abaixo do Brasil. Naquela ocasião, o Equador havia acabado de eleger um novo presidente, que iria tomar posse no dia 10 de agosto.

A taxa de mortalidade infantil é de 29,4 por 1 mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade materna é de 120 por 100 mil nascidos vivos e a expectativa de vida ao nascer é de 69,8 anos. As demandas para os serviços de saúde envolvem problemas derivados de enfermidades características da pobreza e enfermidades características de países em desenvolvimento como contaminação ambiental, aumento dos níveis de angústia e stress e a deteriorização dos padrões culturais, entre outros, e sobretudo o progressivo envelhecimento da população. A saúde é um dever do Estado, e o sistema nacional de saúde compreende os serviços estatais, manejados pelo Ministério da Saúde Pública, e outros serviços dentre os quais se destaca a seguridade social. Existem também outros serviços prestados pelas Forças Armadas e por inúmeras organizações sociais e uma crescente participação do setor privado.

O trabalho do seguro camponês resulta de uma simbiose entre o seguro social e a organização campesina, ou seja, a aproximação entre quem recebe o serviço e que proporciona este serviço. A filiação da comunidade ao seguro social é feita através do corpo diretivo desta. A proteção oferecida pelo seguro campesino abrange toda a família, e a média é de 5,2 pessoas em cada família. O pagamento pelos serviços é integral e não existem limites quanto a procedimentos diagnósticos e terapêuticos dos afiliados. Esta simbiose beneficia ambas as partes e tem contribuído para o fortalecimento e protagonismo dos campesinos nas grandes transformações das políticas nacionais.

A base de cálculo de expansão do seguro campesino previa o atendimento de 1 milhão de pessoas. No entanto, a insuficiência de recursos financeiros, o processo inflacionário, o encarecimento das prestações, especialmente no campo da saúde devido às inovações tecnológicas, o envelhecimento da população assim como as demandas cada vez maiores da população em torno do direito à atenção em saúde vêm provocando uma acentuada desaceleração no crescimento do seguro campesino, em especial nos últimos três anos, o que tem provocada a deteriorização na qualidade dos serviços prestados.

A pesada burocracia do Instituto Equatoriano de Seguridade, entidade a qual o seguro campesino está vinculado, ao lado da insuficiência de recursos financeiros acabam potencializando o terceiro problemas enfrentado pelo seguro campesino no Equador: a inadequação dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, para lidar com tarefas como promoção social, desenvolvimento comunitário, fortalecimento da organização campesina, a saúde ambiental e outros mais para os quais não estão suficientemente capacitados. O seguro campesino proporciona assistência formal e informal a seus profissionais através de diferentes estratégias de capacitação, com a colaboração internacional de agências internacionais como o PNUD e a OMS/OPS e outras agências européias. Contudo, os resultados não são uniformes, porém demonstram uma melhor qualidade na assistência prestada à população.

Dois outros fatores que agravam a questão dos recursos humanos é a escassa possibilidade de promoção de médicos, odontólogos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, e o envelhecimento destes profissionais.

O quarto desafio enfrentado para a expansão do seguro social campesino são as variações dos perfis epidemiológicos, que demandam um número de casos cada vez maior em unidades de saúde que não estão suficientemente dotadas de equipes de saúde e de instrumental para enfrentar a variedade de patologias que afetam a população. O atendimento a enfermidades características do desenvolvimento - diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, entre outras - tem encarecido o custo dos serviços de saúde do seguro campesino.

Sob a perspectiva da saúde em todo o Equador, a contribuição do seguro campesino para a melhoria das condições de vida da população é ainda muito pequena, uma vez que não sabemos até onde de que forma os profissionais de saúde e os sistemas de educação e de comunicação têm contribuído.

Debatedor

Hésio Cordeiro

Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro

As duas exposições foram realmente interessantes e permitiram um exercício nosso de compreensão e de comparação com as reformas no Brasil com as tendências das reformas e os cenários das reformas desses dois países. As realidades apresentadas são bastante próximas mas com suas particularidades locais e nacionais. Os pontos abordados em termos de macro política social e econômica, refletem alguns problemas que nos assemelham, como a dívida interna e externa, bem como as políticas de ajuste econômico e o contexto das Reformas do Estado que os três países

vêm passando, tendo em comum de inspiração no famoso Consenso de Washington.

É interessante os dois palestrantes comentassem mais sobre as experiências de seus países no contexto das políticas de ajuste econômico e das reformas políticas que vêm ocorrendo. Um ponto bastante interessante de comparação é o conceito de seguridade social, elo que aproxima os dois países do Brasil. No caso da Colômbia, isto envolve o Instituto de Seguridade Social, o Ministério da Saúde e a Caixa de Seguros. Na própria lei do Sistema Nacional de Saúde e na Lei de 1991, a Colômbia teria optado em manter um sistema de seguridade social e uma outra estrutura do Ministério da Saúde, do Sistema Nacional de Saúde, bastante similar ao que ocorreu no processo da Reforma Sanitária no Brasil, entretanto, com uma característica de empresa social do Estado, autônoma, descentralizada e promotora da gestão em diferentes regiões do país. Esta perspectiva orienta-se por um conceito de mercado interno, que havida sido implantada no Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra, recentemente reformado pelo Ministro Tony Blair. Gostaria de saber como este processo macro interferiu ou representou novos desafios na implantação do Programa de Saúde da Família, em Barranquilla.

Um segundo ponto é a avaliação, em termos da resolubilidade, integralidade e da continuidade do cuidado de saúde - promoção, prevenção e tratamento - e de como se organizam os sistemas de referência. Essa mesma questão também se coloca em relação à experiência do Seguro Social Campesino, no Equador. Gostaria que Dr. Barreiro comentasse como se dá a capacidade de resolubilidade dos auxiliares de saúde supervisionados, quando se trata de referência aos médicos, e como se tem sido avaliada a referência para os demais níveis de atenção, ou seja, quanto da população consegue ter acesso a estes níveis de atenção.

Com relação à formação de recursos humanos, gostaria que o Dr. Barceló comentasse sobre a questão da educação médica de graduação, uma vez que a Colômbia tem um papel pioneiro nas reformas educacionais da Medicina, na América Latina, inclusive a sede da FEPAFEM fica lá. Valeria conhecer mais sobre as questões da pós-graduação mas também os impactos que o Programa de Saúde da Família obteve junto à Universidade del Norte e em outras universidades colombianas, que sempre foram muito ativas e pioneiras nos campos da saúde e da Medicina, em particular. Valeria também ouvir do Dr. Barreiro, sobre o impacto na educação médica equatoriana, pois lá existe também toda uma tradição de centro de estudos, tem a Associação Equatoriana de Faculdades e Escolas de Medicina que se empenham em reformas educacionais.

Há um entendimento de que a questão da formação do médico de família não pode ficar restrita a uma situação emergencial, em nível de especialização, mas deveria ser o produto final da graduação, e que as reformas do ensino médico deveriam estar formando este médico capaz de atender às novas necessidades e demandas do Programa de Saúde da Família. Seria interessante comparar as experiências colombiana e equatoriana com a experiência brasileira, embora não se tenha ainda uma avaliação da implementação de pólos de capacitação implantados pelo Ministério da Saúde, mas certamente há dados sobre processos de reforma curricular, inclusive promovidos pelo programa UNI, as experiências de Marília, Londrina, Belo Horizonte. Valeria a pena termos uma notícia sobre

este impacto e sobre a formação dos profissionais – médico, enfermeiro, odontólogo – até os auxiliares, levando-se em conta os aspectos culturais. Em particular, no caso do Equador, de que forma os auxiliares de saúde das regiões de cultura quechua são treinados.

Debatedor

Laura Feuerwerker
Fundação Kellogg

Tenho tido oportunidade de acompanhar de perto muitas experiências interessantes, tanto no terreno da formação dos profissionais de saúde como na inovação da organização de serviços de saúde com participação da população em vários lugares da América Latina, e particularmente aqui no Brasil. A discussão da estratégia Saúde da Família tem que ser feita à luz do desafio da construção do SUS e de todas essas outras questões.

As duas experiências, diferentemente do que pôde ser observado em relação ao Canadá, Cuba e Reino Unido, não se constituem em propostas de estruturação da organização do sistema de saúde. Então essa é uma diferença importante. Na Colômbia, embora exista uma determinação constitucional que define o enfoque familiar para os serviços de saúde, existe uma distância muito grande entre esta determinação e a orientação na prática dos serviços. A experiência desenvolvida em Barranquilla e em alguns outros lugares da Colômbia, funciona como inovadora no contexto deles, quer dizer, é uma coisa nova especialmente nesse momento da reforma do sistema colombiano. O Programa de Saúde Familiar em Barranquilla foi introduzido dentro da rede normal de serviços, quer dizer, as unidades de saúde adotaram o enfoque familiar e isto possibilitou uma série de mudanças na maneira como as elas equilibravam as ações assistenciais propriamente ditas e as de promoção e prevenção. Elas passaram a dividir o espaço do tempo dos profissionais em relação as ações intra-muro e as ações extra-muros.

Este é um ponto interessante na experiência colombiana e que pode ser trazida para nossa experiência: a estratégia de Saúde da Família vem paralela ao sistema que já existe? Ela é uma ligação entre a população e o sistema de saúde? Na experiência de Barranquilla, a implementação da estratégia de Saúde da Família envolve os recursos de saúde já estabelecidos, ou seja, de acordo com a região a equipe vai ter uma certa conformação de acordo com os recursos disponíveis. Como outros profissionais participam das atividades? No Brasil, um elemento fundamental da estratégia de Saúde da Família é exatamente possibilitar que a população passa se ser um dos sujeitos da construção de saúde, na identificação de problemas, na definição de prioridades e na própria construção de ações intersetoriais. Gostaria de saber como se dá a participação efetiva das pessoas da comunidade na experiência de Barranquilla.

As visitas domiciliares são uma atividade dos agentes comunitários, dos auxiliares e talvez das enfermeiras, mas deveriam envolver todos os profissionais em diferentes momentos, pois fazem parte da possibilidade de apropriação da realidade que é muito importante, muito interessante.

Esta questão pode ser explorada na experiência de Barranquilla. Seria interessante também ver como eles combinam a participação social em saúde.

A formação de profissionais para lidar não só com temas relativos à saúde, mas à auto-gestão e ao desenvolvimento comunitário é também uma questão importante. Esse problema da formação profissional vem sendo insistentemente levantado nesse encontro, e com toda a razão, porque uma mudança no modelo de atenção não é possível sem se mexer na formação profissional. Quero chamar a atenção para duas coisas. Primeiro é que, muitas vezes, se faz uma associação meio mecânica entre mudanças no mercado de trabalho e mudanças na formação profissional. O SUS se constitui num mercado de trabalho significativo para os profissionais de saúde: cerca de 90% dos médicos brasileiros têm pelo menos um emprego público. No entanto, o SUS teve uma baixíssima capacidade de interferir nos processos de formação profissional. É preciso construir políticas que busquem uma coerência entre os processos de formação profissional e de trabalho de saúde e, mais do que isso, tem que ser um mercado de trabalho que interesse as pessoas, os profissionais de saúde. Não basta ter empregos, é preciso ter outras características para conseguir influir no processo de formação profissional.

Seria interessante que tanto o Dr. Barceló quanto o Dr. Barreiro pudessem falar sobre o processo de mudança da formação profissional. Mudar o perfil profissional envolve uma mudança na relação que a própria universidade têm com os serviços e a população, e que durante o processo de formação, os estudantes possam participar de um processo de construção de novas práticas e novas alternativas desde o início de sua formação, e que isso possa invadir o terreno de outras disciplinas, ao lado da medicina preventiva e da saúde pública.

Só se consegue mudar a conformação do perfil profissional quando se invade também e reconstrói o espaço da prática clínica dos profissionais na sua relação com a população. Tem que se mudar a relação da universidade com os serviços e a população, e a universidade tem que estar muito mais aberta e se capacitar para responder as questões que estão colocadas pelos serviços e pela população, nos vários aspectos relativos a saúde. Isso passa por uma mudança na responsabilidade e no papel que a universidade deve ter na educação permanente dos profissionais. Esse início de mudança de postura proposto pelos Pólos de Capacitação é uma coisa muito importante para redefinir a relação e o papel que a universidade têm, não só na formação dos profissionais de Saúde da Família, em particular, mas também dos profissionais de saúde, de maneira geral. Em Cuba, no Reino Unido, nos Estados Unidos e no Canadá, os profissionais de Saúde da Família têm um processo de formação profissional, depois da graduação, com uma duração de dois a três anos.

Hoje de manhã existiu uma postura crítica em relação a essas alternativas de formação. Em relação à Saúde da Família, penso que a formação geral dos profissionais deve ser um elemento fundamental de orientação da mudança na formação de graduação. No entanto, hoje em dia um número muito grande de profissionais procura a residência médica muito mais por conta das deficiências do processo de formação de graduação do que por qualquer outro motivo: existem vagas iniciais de residência médica para 70% dos médicos que se formam; embora isso não quer dizer que 70%

dos médicos que se formam façam residência. Como esta é uma situação que vá sumir a curto prazo, como se deveria interferir nesse processo de formação de pós-graduação nas especializações e nas residências médicas, a curto ou a médio prazos, nesse processo de implementação dos programas de Saúde da Família. Isso não significa criar residência de Saúde da Família, mas mexer nos programas que existem, no mínimo, porque 70% das vagas e dos programas de residência médica que existem no país, hoje, são financiados pelo Ministério da Educação e pelas Secretarias Estaduais de Saúde, particularmente, em São Paulo, no Paraná, em Pernambuco e no Ceará. Quer dizer, quem faz o SUS paga por um processo de formação profissional, não tem o menor controle e nunca usou esse poder para tentar conformar ou de interferir no perfil do profissional que se forma. Esse não é o momento de se utilizar esse poder para mudar o perfil desse processo de formação profissional que já existe? É uma possibilidade que existe a médio prazo, mas a curto prazo essas são questões que devem ser enfrentadas. Isto me veio a mente por conta dos debates de hoje de manhã e por conta desse curso de especialização em Saúde da Família que foi criado em Barranquilla, a fim de possibilitar a rearticulação dos profissionais e a sua re-inserção nos trabalhos que estão sendo desenvolvidos por lá. Penso que poderia se discutir com base nas apresentações e nas questões colocadas ao longo dos dias. É difícil, na última tarde, fazer comentários exclusivamente sobre as duas últimas apresentações.

Coordenador da Mesa

José Paranaguá

Organização Pan-Americana da Saúde

Diante das experiências do grupo de seis países, seja do ponto de vista econômico, social, político e histórico, está colocada a possibilidade ou a efetiva implementação da estratégia Saúde da Família. Estas experiências demonstram, cabalmente, a leviandade ou, pelo menos, a falsidade das intenções daqueles que argumentam de que o Programa de Saúde da Família ou a estratégia de Saúde da Família é uma proposta de atenção primária para pobres ou de medicina pobre para pobres.

*As questões levantadas pelos comentaristas foram comentadas pelos dois expositores deste bloco estão na **Síntese dos Debates**, no capítulo **Produtos do Seminário**.*

8. Produtos do Seminário

Os produtos do **Seminário Experiências Internacionais em Saúde da Família** foram colhidos ao longo do evento, em momentos metodológicos diversificados: na listagem de dificuldades e propostas apontadas pelos 11 grupos de trabalho, com base nos termos de referência (Anexo II); na síntese dos debates realizados e nas recomendações feitas por participantes ao longo das atividades.

DIFICULDADES APONTADAS

“Vocês produziram com saber novo, sistematizaram o saber acumulado anterior e o significado desse encontro certamente é um patamar maior, mais elevado, a partir do qual voltaremos todos com novas energias, novas visões e direções para implementação das estratégias Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, como estruturantes de um novo sistema de saúde para uma nova sociedade”. *(Nelson Rodrigues dos Santos, Coordenador dos Relatos do Trabalhos de Grupos).*

A riqueza do trabalho dos grupos, presente no entrosamento e na interação entre os participantes, permitiu a elaboração de uma listagem das dificuldades e das propostas mais significativas para o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família.
(Leda Maria Albuquerque – relatora-geral dos Grupos)

As **Dificuldades** listadas a seguir foram pontuadas a partir da apresentação da relatora-geral, Leda Maria Albuquerque, e igualmente serviram de base, ao lado dos relatos dos Grupos de Trabalho, para a elaboração das **Propostas**.

DIFICULDADES NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

- falta de decisão política;
- descontinuidade da proposta na mudança de gestores;
- opção não pelo modelo em si, mas pela forma de financiamento;
- visão do programa como política do MS, como política do governo;
- relação do PSF x modelo existente, com a convivência de duas formas de modelo;
- porta aberta x clientela adscrita;
- fragilidade na referência e contra referência;
- dificuldade de construção de um espaço de discussão, em todos os níveis, de parâmetros, técnicas e diretrizes da estratégia Saúde da Família.
- perda de capacidade de gestão dos estados, no processo de descentralização e municipalização;
- lentidão no processo de habilitação dos municípios;
- falta de articulação intersetorial em todas as esferas;
- falta de articulação dentro das sociedades científicas profissionais, de especialidades e conselhos de classe;

- falta de clareza e compreensão sobre PACS/PSF, como estratégias no meio político dos gestores e demais atores que integram a nossa sociedade;
- falta de preparação dos conselhos locais de saúde, até mesmo no exercício da cidadania;
- falta de política clara para o setor complementar seguros;
- financiamento do PAB insuficiente para implantar a proposta, com teto dos estados limitando a sua expansão;
- má utilização de recursos orçamentários financeiros, nas diversas instâncias administrativas para operacionalizar o SUS;
- instabilidade e inconstância no repasse dos recursos;
- relação dificultosa do PSF com o restante da rede;
- convivência de duas formas de acesso;
- dificuldade ou ausência de supervisão das equipes, por falta de cultura de avaliação e supervisão. Quem está avançando mais, está avançando com muita dificuldade e esforço próprio;
- pouca integração entre os membros das equipes de Saúde da Família;
- fragmentação.

Dificuldades relativas aos Recursos Humanos:

- órgãos formadores distantes desta nova proposta;
- currículo inadequado ao novo modelo;
- vulnerabilidade nas formas de contratação adotadas;
- alta rotatividade dos profissionais ;
- dificuldade de perfil adequado à proposta;
- tecnologias inadequadas;
- falta de clareza de uma política de RH para o SUS;
- equipe mínima muito mínima, necessitando agregar outros profissionais;
- formação atual baseada na especialização, com enfoque curativo e tecnologias pedagógicas inadequadas à proposta;

PROPOSTAS

Para a organização dos serviços:

- apoiar a PEC 169, regulação do MS que privilegia as estratégias de reorientação dos modelos assistenciais baseados em prioridades, definidas com critérios epidemiológicos e sociais;
- operacionalizar os fundos estaduais e municipais, com financiamento vinculado aos planos municipais e estaduais de saúde;
- providenciar organização, operação de controle, avaliação e auditoria, para avaliar e acompanhar o impacto dessas estratégias, subsidiando a definição de critérios de readequação de recursos;
- reconhecer e apoiar financeiramente, no governo federal, as diversas formas de organização de serviços que atendam aos princípios do SUS;
- informar adequadamente as diversas instâncias sobre a forma de financiamento nas bipartites e tripartites.
- aperfeiçoar setores e instrumentos, estimulando as pessoas que trabalham a questão de Saúde da Família a articular as experiências existentes dentro destes setores.

- constituir conselho ou câmara, com representante do gestor estadual, dos coordenadores de serviço, dos coordenadores de Pólo, com os seguintes objetivos: (i) fazer diagnóstico simplificado da situação, para que as pessoas tenham mais clareza do que está acontecendo no âmbito do seu estado, da sua região, do seu município; (ii) criar instrumentos, elencar, construir indicadores, para avaliar a implementação, acompanhamento e avaliação dos programas, das ações; (iii) levantar recursos para financiar ações adicionais que as regionais ou os gestores em conjunto entendam como necessárias.
- reestruturar a organização de ações de saúde por programa, superando a fragmentação da atenção à saúde;
- divulgar o PSF criteriosamente e maciçamente, nos meios de comunicação, enquanto estratégia de mudança de modelo;
- reorganizar o financiamento do setor saúde pelo nível federal, porque ainda há super valorização do modelo tradicional, na forma de financiamento atual;
- providenciar a regulamentação, por parte do MS, da similaridade, reconhecendo e avaliando municípios que estão trabalhando na ótica do Saúde da Família e não se adequam às normas e diretrizes do programa;
- ampliar, clarear e estimular a discussão em torno da estratégia de Saúde da família e encontros nos três níveis de governo;
- investir na democratização das informações;
- ampliar a participação popular;
- criar câmaras técnicas nos colegiados existentes, nos colegiados de gestores;
- trabalhar as articulações e compromissos ministeriais ;
- rediscutir o papel dos centros de saúde, particularmente nas áreas metropolitanas;
- desenvolver o processo de forma gradativa e planejada, identificando a situação de saúde e elegendo prioridades no âmbito do território;
- garantir, através da COSAC o processo de avaliação, supervisão e acompanhamento do PACS e PSF, articulando-se com estados e municípios;
- estabelecer diretrizes e paradigmas gerais que serão desenvolvidos a partir das características individuais de cada região, já que as diferenças regionais são muito grandes;
- providenciar financiamento regular através de emenda constitucional;
- criar uma agenda para discussão dos parâmetros e diretrizes do Saúde da Família;
- estabelecer uma rede de integração entre os diversos serviços de Saúde da Família, possibilitando trocas de experiências e acréscimos.

Para Recursos Humanos

- realizar concursos regionais, através de consórcios intermunicipais, para reduzir a rotatividade de profissionais.
- realizar seminários regionais e nacional com profissionais de ponta;
- estimular os municípios de pequeno porte a criarem equipes de supervisão de forma consorciada, envolvendo as equipes dos Pólos de Capacitação na supervisão dessas equipes;

- trabalhar na discussão de formas de contratação que garantam continuidade nos trabalhos das equipes;
- dar continuidade ao processo de ensino-serviço;
- investir nos treinamentos introdutórios com pré-requisitos para atuação na equipe;
- inclusão na agenda de discussão sobre ampliação das categorias profissionais da equipe de Saúde da Família;
- reformular a grade curricular dos cursos de graduação, contemplando a formação dos profissionais de Saúde da Família;
- fomentar a criação de cursos de pós-graduação em Saúde da Família.
- manter a equipe mínima (não houve consenso no grupo para ampliação da equipe).
- revisar critérios de definição de recursos do FIDEPS, na perspectiva de incentivar os recursos humanos, em função da estratégia Saúde da Família, como estruturante no modelo assistencial para o SUS;
- regulamentar, com urgência, o artigo 200 da Constituição Federal e Lei 8.080, criando no nível dos estados, municípios e governo federal, comissões inter-institucionais de recursos humanos ligadas aos conselhos de saúde, com a finalidade de ordenar, avaliar o impacto e priorizar a aplicação de instrumentos na formação e educação continuada para o trabalho no SUS;
- acessar e utilizar os recursos do FAT, para reforçar as capacitações para o Saúde da família, nos municípios e nos estados.
- sensibilizar gestores para a liberação dos profissionais para a capacitação;
- estruturar o processo de capacitação, priorizando inicialmente o curso básico ou introdutório, na perspectiva de continuidade de aperfeiçoamento em educação continuada, especialização, mestrado, incluindo-se a graduação;
- utilizar estratégias já existentes nas universidades, como bolsas de iniciação científica, estágios e outras iniciativas, potencializando-os e direcionando-os para a exposição dos alunos à realidade do Saúde da Família;
- alterar currículos da graduação e do desenvolvimento da residência;
- desenvolver instrumentos de educação continuada, à distância;
- promover a fundamentação de base, para estabelecimento de linhas de conduta e protocolos, possibilitando a apropriação de métodos que permitam a produção de protocolos ou linhas de condutas correspondentes à realidade local;
- estruturar unidades de saúde com recursos humanos capacitados pedagógico e tecnicamente e com equipamentos adequados, para que sejam referência de excelência em formação, em termos de graduação e especialização de residência.
- fortalecer os Pólos de Capacitação;
- formar RH para o Saúde da Família;
- criar Câmara Técnica de formação de RH no CONASS, tendo com pauta inicial a definição de linhas mestras, para orientação do processo de formação e capacitação de RH em Saúde da Família, o aumento da equipe interdisciplinar dentre outras coisas. Colocar o CONASEMS dentro deste processo;

RECOMENDAÇÕES

Os pontos listados a seguir foram coletados a partir das falas dos expositores, debatedores, moderadores e dos participantes da Plenária.

- Os Pólos de Capacitação não devem restringir sua ação aos cursos de especialização, e sim reforçar a capacitação das equipes já formadas, atendendo às suas necessidades educacionais. A especialização deveria vir *a posteriori*;
- Os Pólos de Capacitação devem estabelecer canais de comunicação mais efetivos entre serviços e universidade; atuar mais efetivamente nas universidades, favorecendo reformas curriculares mais efetivas, instrumentalizando os profissionais como garantia para essas mudanças; implementar modelo de supervisão operacional, como forma de ampliar a resolubilidade dos problemas e favorecer processo de educação permanente.
- As propostas do Seminário devem ser examinadas por todos em todos os níveis de gestão, para que, mediante sua viabilização, possam ajudar a complementar a estratégia Saúde da família.
- Deve-se mudar o nome do Programa, pois o termo *programa* limita a abrangência das ações e é preciso que se discuta sobre a sua visão por todos os técnicos;
- É urgente que aconteça uma articulação entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, quer dizer, as várias instâncias do SUS, e os processos de mudança que estão acontecendo ao nível da Universidade. O Saúde da Família pode ser um bom terreno comum de conversas entre essas duas esferas e é muito importante que o SUS e as suas instâncias passem, de fato, a encarar a questão da formação dos recursos humanos como um fundamental estratégia para sua possibilidade de implementação, coisa que até agora não aconteceu de verdade. (*Laura Feuerwerker*)
- São três tipos de atenção que devemos ter em relação à Saúde da Família: a importância da estratégia, o componente recursos humanos e o componente financiamento. Certamente, os processos de reforma em curso nos vários países servem para irmos acompanhando e verificando os diferentes cenários, as diferentes tendências que esse processo de reforma vai colocando para todos nós. (*Hésio Cordeiro*)
- O Ministério, dentro desse processo de apoiar o desenvolvimento de Saúde da Família, poderia colocar recursos específicos para traduzir para o português, material selecionado nessas áreas, sobretudo onde há metodologia, que é passível de aproveitamento para todos. (*José Roberto Ferreira*).
- Uma das coisas urgentes a se fazer seria, justamente, um pequeno grupo de trabalho que pensasse, uma política de recursos humanos ajustada à possibilidade de desenvolvimento desta estratégia de Saúde da Família. Acho que isso é fundamental e deve ser tocado o mais rapidamente possível. (*José Roberto Ferreira*).
- O profissional deve ser estimulado a continuar no processo e a trabalhar de forma correta e legal (*Adriana Careri, MG*).
- A estratégia Saúde da Família deve ter, no sentido da estruturação, a capacidade e o poder de regular os outros níveis de atenção (*Alcides, CE*).

- Na estratégia Saúde da Família, a questão da articulação intersetorial deve ser feita por uma equipe interdisciplinar que permita o envolvimento de todos os profissionais da saúde (*Daniel Becker, RJ*).
- A estratégia Saúde da Família tem de começar a introduzir mudanças no vocabulário, construir uma linguagem, um vocabulário próprio que possa expressar as concepções sobre os seus princípios básicos (*Maria Célia, RJ*).

DEBATES

Bloco I – Reino Unido e Cuba

Solicitações da Plenária

Intervenções feitas respectivamente por Maria José Antunes (Associação Brasileira de Enfermagem), Heitor de Freitas (Coordenação Estadual do PACS/PSF, Goiás), Alcides (Secretário de Saúde de Icapuí, Ceará) e Adriana Careri (Médica de família em Minas Gerais).

1. Solicita ao Dr. Francisco Campos comentar um pouco mais sobre a luta pela reforma tributária *versus* Artigo 200, que coloca a regulação dos recursos humanos como competência do SUS.
2. Pede aos expositores Dr. Justin Allen (Reino Unido) e Dr. Filiberto Perez (Cuba) que falem um pouco mais sobre suas experiências, em relação aos problemas de implantação. Quer saber mais sobre a reação dos médicos generalistas à alta carga de horas de trabalho (58 horas por semana), a fim de que as soluções encontradas possa vir a ajudar o modelo brasileiro a vislumbrar outras possibilidades.
3. Pede ao Dr. Filiberto que fale sobre a pesquisa, em Cuba, a tecnologia, como foi incorporar tecnologia adequada em um determinado contexto.
4. Solicita uma discussão sobre a questão de regulação, a regulação dos serviços em função da base do modelo de atenção.
5. Solicita informações sobre as alternativas do Ministério da saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde em relação à situação trabalhista dos médicos e enfermeiros do Saúde da Família

Respostas:

Francisco Campos: apesar do que determina a Constituição, ainda não se está aparelhado para isso e, no Brasil, o setor saúde ainda não dispõe de incentivos, sinalizações de mercado e outros instrumentos para sinalizar, por exemplo, que é preciso formar mais enfermeiro do que médico, mais generalista que especialista, e assim fica-se esperando que se implante um mercado para que esse mercado induza a formação dos médicos ou dos enfermeiros de família, ou dos outros profissionais de Saúde da Família, quando não devia ser assim. Deveria haver instrumentos normativos firmes para direcionar o mercado. Nos Estados Unidos da América, nesse momento,

há instrumentos firmes para coibir o excesso de especialistas e forçar que os médicos, mesmo aqueles que estão na prática, se reconvertam a ser médicos generalistas. No Brasil, a coisa fica no nível da livre decisão das forças do mercado, e é necessário que se comece a atuar para fazer com que as necessidades epidemiológicas e do serviço se manifestem para a formação de pessoal, à semelhança do Canadá, cuja exposição neste Seminário poderá ajudar a esclarecer este ponto.

Justin Allen: No Reino Unido, há a vantagem de as mudanças ocorrerem lentamente, mas penso que é um ponto fundamental para o sucesso. Outro ponto é que existe muita evidência sobre o sucesso de introdução de transformações, e a mudança gerencial é melhor do que a mudança de pessoas. As mudanças impostas, em 1990, por Margaret Thatcher causaram mais problemas do que as mudanças anteriores.

Filiberto Perez Ares: A principal dificuldade enfrentada para implantar o modelo de medicina familiar, aqui no Brasil ou em Cuba, é a mentalidade das pessoas. Todo processo novo tem de enfrentar uma fase de inércia. Muitas pessoas pensam que foi fácil em Cuba, pelo socialismo, por Fidel Castro. Não foi assim, pois decreto não resolve os problemas. Tentar convencer, estabelecer um processo de discussão, de avaliação e de análise, tudo isto tem que ser transferido ao pessoal envolvido, não só ao pessoal da saúde, mas aos usuários, como à própria comunidade que, na maioria das vezes, não entende o novo, porque está acostumado ao modelo antigo. Querem um atendimento imediato, mesmo que seja de baixa qualidade. Querem um pronto atendimento, não entendem que tem de ser referenciado, que têm de aguardar, quando o médico tem de levar mais tempo com um paciente. Esse é um processo que requer sensibilidade, que tem de ser muito discutido, sobretudo com as pessoas que são o objeto de implantação do modelo.

Outro problema é a questão da imitação. Não dá para imitar Cuba, Reino Unido ou Canadá, ou o que fez o Ceará, etc. Esta é uma tendência nociva que deve ser superada. O importante é a construção de um modelo próprio, local, adequado às características epidemiológicas e sociais do território.

Um problema adverso é o voluntariado, o vamos fazer de qualquer jeito, mais ou menos assim: ter um médico, ou uma equipe sem supervisor, sem acompanhamento metodológico, sem educação continuada, sem treinamento em serviço. Pode ser qualquer médico, qualquer enfermeira, por 20 horas ali, tempo parcial, escapar das diretrizes que têm todos os modelos.

As diretrizes metodológicas, a essência da metodologia é uma coisa e a estratégia de implantação dessa filosofia é outra coisa diferente. Não se pode misturá-las e às vezes, no processo de implantação que é doloroso, difícil, que exige muito sacrifício, mistura-se a filosofia do modelo com a estratégia de implantação. Estes são os três grandes problemas que enfrentamos na implantação do modelo de Saúde da Família.

Bloco II - Estados Unidos e Canadá

Solicitações da Plenária

Intervenções feitas por Lenir (Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia) e por José Roberto Ferreira (ENSP/FIOCRUZ).

Perguntas a Johanne Theoret:

1. Existe controle na alta tecnologia por parte das autoridades canadenses?
2. Quais as intervenções que vêm sendo adotadas na área da saúde de trabalhador?
3. A supervisão da formação acadêmica dos alunos é exercido pelos professores da academia, ou trata-se de uma integração com os médicos do serviço comunitário?
4. Como se dá a inserção dos médicos de família nos diferentes níveis do sistema?
5. Como se dá o controle social no Canadá. Se há uma efetiva participação popular e na área da saúde.
6. Relação do sistema de saúde de Quebec com o Canadá.
7. Se há visita domiciliar a pessoas saudáveis.
8. Como é o agente comunitário em Quebec?

Respostas:

O controle da alta tecnologia, em Quebec, é feito pelo Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais que decidiu limitar o número de intervenções, como cirurgias cardíacas, transplantes, provocando um aumento considerável na lista de espera. Inúmeras queixas são feitas sobre esta decisão, mas a verdade é que as tecnologias são muito caras.

Quanto à saúde do trabalhador, há um programa nos hospitais, por causa de cortes, acidentes e aposentadorias, quando as pessoas sofrem muitas dificuldades, vêm as depressões e muitos outros problemas. Temos programas de ajuda ao empregado

Em relação à supervisão acadêmica, na unidade de medicina familiar não há especialistas. Quando os residentes estão no hospital, lá eles são supervisionados por especialistas. São os professores de medicina familiar que têm uma formação em pedagogia e uma formação em clínica interna.

A inserção da medicina familiar no sistema de saúde acontece nas regionais, onde há sempre um especialista para decidir. É verdade que há muitas pessoas nas regionais, mas há sempre dois médicos para tomar as decisões.

Em referência ao controle social no Canadá, há o Conselho de Administração na sede. A Secretaria da Família faz consultas junto à população, como já referi na palestra, para conhecer as suas necessidades e definir prioridades. Desde 1997, o governo geral participa muito pouco do sistema de saúde no Quebec.

A visita domiciliar é para atender as pessoas que não podem se deslocar, que perderam a autonomia. Existe, em paralelo, um sistema de urgência no domicílio. No entanto, enfermeiros fazem as visitas no pré-natal para saber as condições nutricionais, o nível de risco das gestantes. Mas as gestantes fazem consultas de acompanhamento do pré-natal, no gabinete médico.

Outro bloco de perguntas para Johanne Theoret:

1. Qual o parâmetro médico por família?
2. Há programa de residência em Saúde da Família para enfermeiros e demais profissionais da saúde?
3. Há formação especial para enfermeiros que optam em trabalhar na Saúde da Família?
4. Há intercâmbio cultural e educacional com o Quebec que favoreça a realização de cursos de pós-graduação para brasileiros?
5. Quais os profissionais que compõem uma equipe de Saúde da Família?

Respostas:

Para responder esta pergunta, o parâmetro população *versus* médico, família *versus* médico, o único dado de que disponho é que há 1 médico para 423 habitantes. Esta questão, mesmo que eu não possa respondê-la, é muito interessante. E eu quero lhes dizer que, mesmo que se procure a resposta, em Quebec, infelizmente, as pessoas de uma mesma família podem consultar médicos diferentes. Como já lhes disse, nós não estamos em um sistema de capitação. Não há um médico designado para um conjunto de população. Existe, sim, um conjunto de médicos em uma unidade regional - a Régis. Assim, eu não posso dar-lhes esse dado e eu inclusive me pergunto se ele existe.

Em relação à segunda pergunta, referente a programas para a formação de enfermeiras, não há um programa específico como tal, e sim que as recebemos como estagiárias. O CLSC, o Centro Local de Serviços Sociais, no qual eu trabalho, é um CLSC universitário. Este é um conceito novo. Em Quebec, nós temos apenas três CLSC universitários. Isto significa que, nesta condição, podemos receber pessoas em formação, sejam da enfermagem, do serviço de social, da psicologia, da nutrição e também da medicina. Isto nos dá ainda mais peso como instituição universitária. As enfermeiras que vêm para o CLSC, as enfermeiras estagiárias, recebem uma formação pelas enfermeiras que trabalham conosco. Assim, elas são contaminadas pela família. No seu programa de bacharelado, elas não têm, necessariamente, uma formação especializada.

Elas têm formação em pediatria, nos cuidados com as crianças, com a nutrição, o acompanhamento das crianças, e muitos outros cuidados, mas é no estágio que elas fazem com as equipes de medicina familiar que elas vão aperfeiçoar sua aprendizagem.

Quanto ao intercâmbio com Quebec, eu vou deixar com a Coordenação do evento o nome da pessoa a quem vocês poderão se dirigir para informações e creio que existem muitas aberturas para isto.

Para falar da equipe de medicina familiar com a qual trabalho, nós temos enfermeiras, assistentes sociais, um psicólogo, organizadores comunitários, um farmacêutico, uma nutricionista e nós estamos em constante contato com os programas. No CLSC há serviços de rotina na unidade de medicina familiar. Há também os programas se destinam a clientela bem mais pesadas. As enfermeiras são formadas ou em saúde mental, perinatal, toxicomania, contracepção e planejamento. Assim, os profissionais vão buscar, no trabalho, uma especialização, porque trabalham em um programa especializado.

Há um conjunto de interventores que trabalham conosco, assim como uma equipe de médicos. No CLSC em que trabalho, atualmente, somos 15 médicos na unidade de medicina familiar. Há 20 médicos trabalhando juntos com os programas existentes. E há médicos em todos os domínios da saúde.

Perguntas a Bernard Salafsky:

1. Gostaria de saber sobre a formação do médico que, a partir do terceiro ano, já atende às famílias, e quais as disciplinas que dão condições para esta prática na rede.
2. Pede explicações sobre a diferença salarial do médico para a enfermeira quer saber se existe formação para enfermeira de família e, se não há, se isto justifica a diferença salarial.
3. Solicita informação sobre a formação e atribuições do trabalhador, organizador comunitário.

Respostas:

Bernard Salafsky:

As equipes de Saúde da Família congregam enfermeiras, assistentes sociais e líderes comunitários de forma regular, e médicos de atenção primária, de forma não integral. No entanto, penso que os elementos mais importantes e que necessitam estar envolvidos são os estudantes de Medicina e de Enfermagem e acadêmicos. O trabalho nas equipes é um treinamento em serviço para eles. A população atendida por estas equipes é altamente dependente de todo tipo de ajuda. Em muitos casos, as equipes são utilizadas para monitorar serviços.

Nos Estados Unidos, que após a high-school (equivalente ao 2º grau), os alunos seguem para a universidade para obter sua primeira graduação, de forma que dos 18 aos 22 anos, as pessoas estão na universidade fazendo cursos na área de Ciências, Artes etc. Após este estágio, aqueles que querem seguir a carreira médica vão para as Escolas Médicas, onde ficarão por quatro anos. Nos dois primeiros anos, estudam matérias como Química, Fisiologia, Farmacologia e vivenciam experiências comunitárias. Nos dois últimos anos, a prática é direcionada para o hospital e disciplinas como Cirurgia Geral e Pediatria Infantil. O mais importante é que vocês entendam que, nos Estados Unidos, as escolas médicas se propõem a formar um médico generalista, não um médico de atenção primária, ou um cirurgião ortopédico, de maneira que hoje em dia está havendo uma ênfase no treinamento da prática clínica. Quando eles terminam sua graduação, eles têm que optar por uma residência. As residências são obrigatórias. A residência em Medicina Familiar dura três anos e é desenvolvida no hospital, na prática clínica e na comunidade. O médico só obtém sua licença para trabalhar após o segundo ano de residência. A duração dos outros tipos de residência varia de acordo com a especialidade: Medicina Geral, três anos, Pediatria, quatro anos e Cirurgia, entre cinco e seis anos.

Os organizadores comunitários não recebem um treinamento específico. São pessoas que trabalham como voluntários e com o compromisso de melhorar as condições de saúde em suas comunidades. Talvez alguns recebam um treinamento básico em saúde mas isto não acontece como parte de um programa formal. Com relação aos dentistas, nos Estados Unidos, muitas escolas de Odontologia está fechando ou reduzindo o número de vagas, devido ao efetivo programa de uso do flúor. No entanto, os problemas de saúde bucal atingem particularmente os mais pobres e alguns poucos dentistas permanecem atendendo estes pacientes. A saúde bucal é um dos principais problemas para os pobres na América. A questão dos salários é delicada. Nos Estados Unidos todos acreditam nas forças do mercado. Se você acha que o salário da enfermeira em relação ao do médico não está equiparado, como pode explicar a relação do salário de um executivo, que recebe milhões, com um médico que recebe apenas 200 mil dólares.

O papel do assistente social é articular as equipes de Saúde da Família e as agências de assistência social dentro da comunidade. Temos um número grande de agências de assistência social em nossa comunidade. Essas agências assistem as crianças, os adolescentes e os velhos.

José Roberto Ferreira

Sobre a questão do salários: Há uma diferença sócio-cultural muito grande de vivência. A questão da diferença entre o salário da enfermeira e do médico, por exemplo, não tem resposta, nem lá. A profissão médica, corporativamente, é muito forte nos Estados Unidos, e defende uma posição melhor. O médico tem toda uma infra-estrutura, e quando atua, sobretudo em nível privado, o que é muito comum, ele tem que custear, que é muito diferente do que acontece no Brasil. Um consultório médico nos Estados Unidos com toda a parte burocrática, administrativa, de computação e tudo mais, é uma coisa fantástica e mobiliza um volume de pessoal muito maior do que aqui. Assim mesmo, a diferença mencionada pelo Dr. Salafsky refere-se a valores médios. Os enfermeiros alcançam valores maiores que esse, inclusive, cobram serviços individuais, também nos Estados Unidos. Quer dizer, na realidade não é 60, 130, 200, é 60 mil por ano. Ou seja, cinco mil por mês. A enfermeira lá ganha bem mais. Outro aspecto referente à essa relação médico-enfermagem, é que nos Estados Unidos, há dois anos atrás, existia cerca de 600 mil médicos e mais de 2,5 milhões de enfermeiros, graduados e diplomados. Hoje deve estar perto de 3 milhões. No Brasil, temos muito menos enfermeiros do que médicos. Acho que ao trabalho que se vai realizar em nível de Saúde da Família, vai demandar muito mais da enfermeira, propriamente do que do médico, sem tirar a eventual liderança que o médico possa ter na equipe. O trabalho da enfermagem é muitíssimo importante. Nos Estados Unidos há uma diferença muito clara, entre o que é o *care* e o *cure*. O médico ficaria com o *cure*, curar, e a enfermeira com o *care* (assistir). E o *care* é vastísimamente importante no contexto de Saúde da Família.

Sobre a Residência em Saúde da Família: Acho que a residência no contexto nosso de Brasil, inclusive de latino América, não se justifica. Foi dito aqui que se está trabalhando em termos de educação permanente, o que pode dar muito mais para a formação que se necessita, tanto para o médico quanto para a enfermeira, do que poderia dar uma residência. Residência que volta a um

contexto semi-institucional, acadêmico, não é o que se necessita. O que se necessita, é justamente saber levar o serviço. A residência está aí, porque ela é uma demanda para o licenciamento do médico. Sem dois anos de residência, nenhum médico pode ter sua licença. Não é por que seja necessário para a formação, até porque nos modelos iniciais de médico de família dos Estados Unidos, uma das grandes vantagens que se incluiu, foi que esse treinamento passasse a ser introduzido o mais precocemente possível durante o curso de formação. Isto é o que deveria acontecer também no Brasil e em qualquer país que decida a entrar nesse esquema. Na medida que o Saúde da Família avance e se sustente a longo prazo, deve-se promover maior número de pessoal capaz, para, ainda nos cursos de formação, se responsabilizarem por capacitarem os futuros estudantes. Quando há trinta anos atrás, Faculdade de Medicina de Brasília começou a funcionar, um dos problemas mais sérios foi conseguir professores para um programa que, mais ou menos, propunha formação básica, ou seja, conseguir médicos com capacidade para orientar essa formação básica. De modo que a formação de professores com capacidade de orientação, com essa visão do programa de Saúde da Família, e digo para duas áreas, médicos e enfermeiras, seria essencial, fundamental.

Bloco Colômbia e Equador

Solicitações de Debatedores:

Hésio Cordeiro

- Gostaria que os dois expositores comentassem as experiências de seus países no contexto das políticas de ajuste econômico e das reformas políticas que vêm ocorrendo.
- Como se dá a avaliação, em termos da resolubilidade, integralidade e da continuidade do cuidado de saúde – promoção, prevenção e tratamento – e de como se organizam os sistemas de referência nas duas experiências.
- Com relação à formação de recursos humanos, gostaria que o Dr. Barceló e o Dr. Barreiro comentassem sobre a questão da educação médica de graduação e também sobre os impactos que o Programa de Saúde da Família obteve junto às universidades e escolas médicas, e de que forma os auxiliares de saúde das regiões de cultura quechua, no Equador, são treinados.

Laura Feuerwerker

- Na experiência de Barranquilla, a implementação da estratégia de Saúde da Família envolve os recursos de saúde já estabelecidos, ou seja, de acordo com a região a equipe vai ter uma certa conformação de acordo com os recursos disponíveis. Como outros profissionais participam das atividades?
- Como se dá a participação efetiva das pessoas da comunidade na experiência de Barranquilla.
- Seria interessante que tanto o Dr. Barceló quanto o Dr. Barreiro pudessem falar sobre o processo de mudança da formação profissional.

RESPOSTAS

Rodrigo Barceló

A reforma de saúde fundamentalmente serviu para buscar a universalidade da prestação dos serviços, para melhorar a solidariedade como tal. O Conselho Nacional de Seguridade Social e Integral em Saúde reúne representantes dos trabalhadores, dos empregadores, representantes das EPS (empresas seguradoras de saúde) e das empresas prestadoras de serviços de saúde do mesmo Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda. São órgãos que definem a política pública em seguridade social e estabelecem, dentre outras coisas, o valor da unidade de pagamento *per capita* e os componentes básicos do plano obrigatório de saúde.

Existem duas formas de seguros de saúde: o do tipo familiar e o do tipo contributivo, destinado aqueles que têm capacidade de pagamento. O pagamento equivale a 12% da base salarial, porém desses 12%, 33% são pagos pelo empregador e uma terceira parte é paga fundamentalmente pelo trabalhador. Está se buscando ampliar a cobertura do regime contributivo, através da ampliação dos serviços para a família e isto avançado de maneira que, neste momento, em que faltam uns quatro anos para cumprir-se a meta, estamos ao redor de 50% e devíamos estar cobrindo 55% da população trabalhadora.

O problema está na população que não possui recursos, que é financiada com a solidariedade de parte dos recursos do regime contributivo destinados especificamente para este fim, além dos recursos federais e dos municípios. Aí está o grande problema: porque especificamente o plano obrigatório de saúde do setor subsidiado se iniciou com 50% de contributivo, e esperava-se que até 2.002, o plano obrigatório de saúde do setor estaria equiparado com o plano obrigatório de saúde do contributivo. Há um *déficit* equivalente a 70 ou 80%, e que vai se traduzir em menos ingressos e, portanto menos benefícios para esta população subsidiada. Como não temos condições de prestar todo o plano obrigatório de saúde, a única forma que vemos agora é ampliar pouco a pouco a cobertura, através de todos os aspectos de promoção e de educação em saúde, de medidas preventivas e com ações específicas ao nível da família.

Com respeito aos recursos humanos, trabalhamos em uma divisão de Ciências da Saúde, onde temos um programa de Medicina, de Enfermagem, também trabalhamos com Psicologia, com Educação Pré-Escolar, incluindo alguns componentes como Direito, por exemplo. Somos uma universidade do setor privado. A exposição dos estudantes à comunidade e às famílias, fundamentalmente acontece desde o primeiro semestre e com ações muito concretas em termos de um diagnóstico de situação de saúde e, posteriormente, durante toda a carreira, nos diversos semestres, os estudantes têm contatos com os centros de saúde, a família e a comunidade através de programas específicos, como saúde familiar e comunitária. São cinco programas que começam com a área materno-infantil, com o programa de pré-escolar, escolares, adolescentes, adultos e terceira idade, de forma progressiva, integrada com as clínicas. Todo este processo formativo congrega os serviços de saúde e a comunidade, porque consideramos que os recursos formados em nossa Universidade não serão utilizados somente no serviço, mas também devem oferecer respostas às necessidades da comunidade. Por isso é que nos Comitês de Currículo de Medicina e de Enfermagem, próprios de nossa divisão, temos representantes genuínos da comunidade e dos serviços. No processo formativo a comunidade participa com aquilo que conhece; buscamos restabelecer um diálogo de saberes entre a gente da universidade - docentes e estudantes - com as comunidades e com os serviços. Se este diálogo de saberes não se dá dificilmente se alcança êxito. É um processo dialético e de intercâmbio entre os três componentes em igualdade de condições. Embora haja certo

predomínio da academia, mas queremos que as relações seja as mais horizontais possíveis.

A pós-graduação em Saúde Familiar nasceu como uma necessidade percebida pela comunidade e pelos serviços, além da própria universidade. Como parte de uma equipe de saúde, é fundamental que os diversos profissionais da saúde, dependendo do enfoque de sua disciplina, tenham o enfoque de saúde familiar, daí a especialidade, para treinar as equipes, por meio de situações-problema, de metodologias inovadoras.

Com relação ao desenvolvimento do trabalho das equipes, nossa comunidade internalizou que a saúde era equivalente a bem-estar: passou a perceber que existia uma equipe de saúde a quem pode apresentar seu problema e receber orientação onde está e se há necessidade de ir para outro lugar. As equipes assistem, de forma permanente, a 700 famílias, com continuidade geográfica e interdisciplinar.

Nos sistemas locais de saúde existe um comitê interinstitucional, do qual participam os diversos atores da comunidade. É um fórum onde se define o que será feito e se pactua o plano de ação desenvolvido nos serviços. As ações são desenvolvidas através de processo de integração funcional, na base. Estão surgindo também alguns comitês interinstitucionais de vigilância epidemiológica em cada um dos sistemas locais de saúde onde participam, ao lado dos demais profissionais, agentes de seguridade social, de instituições prestadoras de serviço tanto públicas como privadas e das Casas de Compensação Familiar, que também oferecem algum tipo de serviço. Com isso, temos obtido a padronização de alguns protocolos, fundamentalmente, nos aspectos de vigilância, e se está absorvendo, de forma progressiva, os fundamentos da saúde familiar no mesmo sistema de prestação de serviço.

A formação dos recursos humanos na área de saúde familiar nos foi solicitada pelos serviços, tendo em vista as suas necessidades. Foi assim que começou o processo de se realizar o diagnóstico de situação social e de saúde das famílias que estão na área de influência do projeto. Há uma base de informação na qual cada equipe mantém um banco de informações sobre cada família e que tipo de ações são necessárias.

Pedro Barreiro

A principal evidência de avaliação da efetividade do seguro social campesino em suas ações para a saúde é a taxa de referência de pacientes para unidades de maior complexidade. Durante os últimos 15 anos, ou seja, a metade do tempo de funcionamento do seguro social campesino, esta taxa praticamente não se alterou. Ela aumentou de 12 para 15% na atualidade. Em 1997, 15 de cada 100 pacientes atendidos por patologia são referidos a serviços de maior complexidade.

Em segundo lugar, o aspecto cultural. O Equador possui uma diversidade de nichos culturais. Existem, em um país tão pequeno, três regiões geográficas naturais, nas quais se assentam três tipos de população bastante diferentes entre si: o litoral, a região interandina e a região amazônica equatorial. Temos claro que qualquer intervenção de um agente de saúde formado de acordo com a tradição médica sanitária ocidental pode ocasionar transtornos culturais que dentro do possível, devem ser evitados. Este impacto tem sido minimizado através de recrutamento e treinamento, sobretudo de auxiliares de enfermagem originárias das próprias comunidades e, portanto, bilíngues. Este recrutamento de pessoal próprio da comunidade tem dado vantagens ao seguro social campesino enquanto a integração entre serviço e população. No entanto, tem representado algumas também desvantagens para o seguro social campesino: os laços de parentesco e de amizade existentes entre a população de uma pequena comunidade não são de nenhuma maneira rompidos quando uma pessoa

desta comunidade se integra a um serviço de saúde. Onde ficam a justiça e a equidade, se esta pessoa prefere atender seus conhecidos e seus familiares. Portanto, cremos que não necessariamente o fato de integrar pessoas de uma mesma comunidade irá fazer com que a integração do serviço com a comunidade seja melhor. Ainda que não produza um rompimento ou uma agressão cultural, em contrapartida se produz inequidades enquanto ao acesso ao serviço, e isto temos que evitar.

Com referência ao processo de formação de RH, é importante dizer que há 10 anos, todas as universidades do país com faculdades de ciências médicas iniciaram uma reforma dos currículos, que ainda hoje está em curso, com objetivo de buscar uma maior integração entre o novo profissional de saúde – enfermeiras, odontólogos e médicos, sobretudo – com a população. Além disso, a maioria destas faculdades possui atualmente cursos de pós-graduação – especialização ou mestrado – voltados para o grande corpo de conhecimentos que é a medicina social. De tal maneira, que em Equador, é possível neste momento obter especialização em saúde familiar, em saúde comunitária, em saúde pública, em gerência de serviços de saúde.

Diante da insuficiência de recursos humanos, especialmente paramédicos e auxiliares de enfermagem, o seguro campesino, através de convênios com diferentes universidades, estabelece cursos regulares para formação de auxiliares de enfermagem com enfoque rural, comunitário. Isto porque o auxiliar de enfermagem tradicionalmente formado pelas universidades passa pelo mesmo problema que o profissional médico formado pelo ensino tradicional, ou seja, direcionado para um hospital. O seguro social campesino nunca teve, não tem e espera nunca ter um hospital.

Solicitações da Plenária

Foi realizada uma única intervenção, feita por Alcides, de Icapuí, Ceará:

Alcides: Uma observação em relação à fala do dr. Barreiro quando ele diz que se insiste na preponderância do cuidado curativo, pois a comunidade pensa assim, a comunidade pede isso. Não vejo isso como vontade popular, mas como submissão ao senso comum, que se constitui historicamente e é trabalhado através da percepção que essa população tem da realidade. Assim, se vamos nos adequar, subordinar ao senso comum para se estabelecer uma lógica de política, estamos estabelecendo uma lógica circular. Como a população vai exigir, em algum momento, a produção social da doença, a promoção da saúde, seja o que for, quando ela está trabalhando uma mediação junto ao poder público só através dessa subordinação ao senso comum.

Minha pergunta ao Dr. Barceló é, reconhecendo a realidade da Colômbia como sendo muito distinta e muito diferente da experiência do PAS em São Paulo, como se dá a regulação do sistema e qual o papel das agências reguladoras.

Pedro Barreiro: Quanto às exigências para atendimento às demandas da população, estou igualmente de acordo com Alcides, de isso deve ser decidido por cada população. Enquanto técnicos, estamos sempre decidindo pela população, cremos que devemos recuperar a capacidade de escutar as pessoas, é muito possível que isso possa fortalecer um círculo vicioso, mas a meu ver, essa é uma das causas pelas quais a população se distancia dos serviços de saúde, porque suas demandas não são satisfeitas. Vão por uma coisa e saem com outra útil, necessária, importante, conforme os técnicos querem, mas não foi isso que foram lá buscar. De todas as maneiras, o que faz o seguro social campesino, não é de nenhuma forma imposto à população. E tal como já foi falado, não é possível, não é aconselhável, que um país reproduza o modelo

de outro, porque sua realidade histórica, cultura, econômica, social é diferente. As estratégias devem ser diferentes dentro de um mesmo delineamento político geral. No nosso caso, a experiência está dando certo porque as taxas de mortalidade, de morbidade geral, de população beneficiada com o seguro campesino são inferiores ao restante do país.

Rodrigo Barceló: No sistema de saúde colombiano, a reforma de seguridade social integral envolve saúde, pensões, acidentes de trabalho e profissionais. Há, especificamente, na área de saúde uma mudança do subsídio da oferta à demanda. Isso se dá em um contexto neoliberal, onde há uma política de ajuste fiscal que tem mais impacto na população com menor poder aquisitivo e, portanto, mais vulnerável. O *déficit* fiscal vai afetar aquele que tem menor poder aquisitivo, e a saúde passa a ser uma mercadoria.

Com relação à participação social, a população colombiana tem representação em todos os níveis: da seguridade social, nos conselhos territoriais - que são equivalentes aos níveis departamentais ou estaduais e aos níveis dos municípios, além do mais participam nas juntas diretivas dos hospitais hoje denominados empresas sociais do estado. De maneira que existe uma participação ampla e os conselhos comunitários já são representantes genuínos das comunidades e que, como já vêm trabalhando dentro de um processo de *partnership*, isto tem facilitado o trabalho em termos de conhecimento e técnicas a respeito dos processos de negociação.

“Os documentos disponíveis são consensuais, as normas são necessárias, apesar das suas expressões plurais e diversas pelo Brasil. Desejo continuar o processo de discussão, o mais ampliado e que todos os envolvidos possam se colocar sem o risco de serem tomados como inimigos da proposta.” (*Alcides, CE*)

“Quando falamos em um programa estruturante, nós estamos tratando de militância de engajamento, numa militância transformadora a favor da população e é aí que reside o conceito básico, o sentimento básico do caráter estruturante desse programa.”

“Essa questão da Saúde da Família tem uma raiz antropológica e cultural, eu diria uma raiz de humanidade. Esse programa não nasceu nesse século. A solidariedade a quem sofre individualmente ou a grupos da comunidade, familiares ou agregados residenciais, expostos a grandes riscos, nasceu no começo da humanidade. Os primeiros sofrimentos nas tabas, nas ocas, nas comunidades primitivas, os primeiros pajés, os primeiros sacerdotes, todos eles se moviam por sentimento de solidariedade.”

“PACS e PSF são hoje resgate da solidariedade histórica, e o resgate da eliminação do neoliberalismo com os valores mercantis e competitivos, destrutivos e excludentes. O que se pretende que volte a predominar na nossa sociedade é a volta dos valores da solidariedade.” (*Nélson Rodrigues dos Santos, Conselho Nacional de Saúde*)

“Eu acho que a gente representa assim várias Ineses, no Ceará, várias Afras e Paulettes em Pernambuco, vários Klícios na Paraíba, vários Aguineldas no Rio Grande do Norte, várias Cristinas, no Maranhão, várias companheiras no Tocantins e muitos mais. O país inteiro tem esse símbolo, porque tem vontade de transformar a saúde do Brasil, e transformar a saúde no Brasil com essa provocação, porque definir a política pública não fica muito claro, se o sujeito não correr atrás dessa política pública.” (*Maria Fátima de Sousa, assessora técnica da Coordenação de Atenção Básica*)

“Acho que a gente atingiu os objetivos que queríamos no início que é um pouco esta história de que não há receita pronta. Que nós temos que construir nosso próprio modelo”.

“Eu jamais pensei que pessoas que tivessem, de fato, extremas críticas pudessem, em tão curto período de tempo, perceber de fato que essa proposta pode deixar de ser uma proposta de construção de medicina de pobre para pobre, e ser uma proposta reestruturante do sistema de saúde”. (*Francisco Campos, UFMG*)

Anexo I

PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES

13/07/99

19:00 horas - Cerimônia de Abertura

José Serra - Ministro de Estado da Saúde
Clóvis Carvalho - Ministro de Estado da Casa Civil/PR
Paulo Renato de Souza - Ministro de Estado da Educação e do Desporto
Anna Maria Peliano - Secretária Executiva do Comunidade Solidária
Barjas Negri - Secretário Executivo/MS
Renilson Rehem de Souza - Secretário de Assistência à Saúde
João Yunes - Secretário de Políticas de Saúde
Júlio Strubing Müller - Presidente CONASS
Gilson Cantarino O'Dwyer - Presidente CONASEMS
Armando Lopez Scavino - Representante da OPAS/PMS no Brasil
Agop Kayayan - Representante do UNICEF no Brasil

20:00 horas - Conferência Inaugural

Perspectivas para o PSF: dos desafios na mudança formação/qualificação à reorientação do modelo assistencial

Expositor:

Dr Adib Domingues Jatene - Instituto do Coração

Coordenador:

Anna Maria Peliano - Secretária Executiva do Comunidade Solidária

14/07/99

08:00 às 10:00 horas - Painei

Tendências do enfoque em Atenção Primária e Saúde da Família na reorganização dos sistemas nacionais de saúde: perspectivas e experiências acumuladas em âmbito mundial e latino americano

Presidente:

Dr João Yunes - Secretário de Políticas de Saúde/MS

Moderador:

Dr Benedictus Philadelpho de Siqueira - FEPAFEM

Expositores:

Charles Boelen - Organização Mundial da Saúde - Genebra

Dr Francisco Tancredi - FSP/USP e WKKF

10:00 às 12:00 horas - Mesa Redonda

O Programa Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde

Presidente:

Renilson Rehem de Souza - Secretário de Assistência à Saúde/MS

Moderador:

Dr Jairnilson Paim - Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Expositores:

Dra Heloíza Machado de Souza - Coordenadora de Saúde da Comunidade/SAS/MS

Dr Gilson Cantarino O'Dwyer - Presidente CONASEMS

Dr Júlio Strubing Müller - Presidente do CONASS

14:00 às 17:00 horas - Mesa Redonda

Experiências Internacionais: Reino Unido e Cuba

Expositores:

Dr Justin Allen – Royal College General Practitioner – UK

Dr Filiberto Pérez Ares – Cuba

Debatedores:

Dr Vadir Mesquita Filho – Conselho Federal de Medicina

Dr Francisco Eduardo de Campos – Universidade Federal de Minas Gerais

Coordenador:

Dr José Carlos Seixas – Faculdade de Saúde Pública/USP

17:00 às 18:00 horas – Debates

15/07/98

08:00 às 11:00 horas – Mesa Redonda

Experiências Internacionais: Estados Unidos e Canadá

Expositores:

Dr Bernard Salafsky – Universidade de Illinois – Chicago - USA

Dra Johanne Theoret – Universidade de Laval – Quebec - Canadá

Debatedores:

Dr José Roberto Ferreira – Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Dr Eleutério Rodrigues Neto – Universidade de Brasília

Coordenador:

Dra Maria Goretti David Lopes – Associação Brasileira de Enfermagem

11:00 às 12:00 horas – Debates

14:00 às 17:00 horas – Mesa Redonda

Experiências Internacionais: Colômbia e Equador

Expositores:

Dr Rodrigo Barceló – Universidade do Norte - Colômbia

Dr Pedro Barreiro – SSC - Equador

Debatedores:

Dr Hésio Cordeiro – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Dra Laura Feuerweker – Faculdade de Saúde Pública/USP - WKKF

Coordenador:

Dr José Paranaguá de Santana - Organização Panamericana da Saúde

17:00 às 18:00 horas – Debates

16/07/98

08:00 às 12:00 horas – Trabalhos de Grupos

14:00 às 18:00 horas – Plenária

Relato dos Trabalhos em Grupo

Coordenadores:

Nelson Rodrigues dos Santos – Conselho Nacional de Saúde

Maria Fátima de Sousa

18:00 às 20:00 horas - Encerramento

Anexo II

ORIENTAÇÃO PARA OS GRUPOS DE TRABALHO

1. Constituição das Equipes de Apoio, correspondentes aos Grupos de Trabalho, com a seguinte composição e respectivas atribuições:

- Coordenador: condução da Agenda de Trabalho, orientação dos debates e consolidação das conclusões
- Relator: anotação das intervenções, resumo e elaboração do Relatório do GT
- Apresentador da Questão I do Roteiro de Discussão
- Apresentador da Questão II do Roteiro de Discussão

2. Reunião das Equipes de Apoio, nos dias 14 e 15 de julho (3ª e 4ª feira) - 18 às 19:00 hs, para:

- Elaboração da Agenda de Trabalho (pauta e encaminhamentos)
- Definição do Roteiro de Discussão

3. Ementa do Roteiro de Discussão:

Questão I:

Quais os principais obstáculos ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família na (re)organização do Sistema de Saúde nos Estados e Municípios? Como superá-los?

Questão II:

Que medidas devem ser tomadas para assegurar a formação e a atuação dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família?

Anexo III

DIVISÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO

GRUPO	COORDENADOR DOS TRABALHOS	RELATOR	ESPECIALISTA EM FORMAÇÃO	ESPECIALISTA EM SERVIÇOS
01	Ana Luiza Vilas Boas ISC/UFBA	Maria Arindelita N. de Arruda - SES/DF	Teresinha Farias - SES/AL	Maria Enóia Dantas da Costa e Silvia - SES/PI
02	José Batista Cisne Tomaz - ESP/CE	Ellen Márica Peres - UERJ/RJ	Ricardo Donato Rodrigues - UERJ/RJ	Risicler A. Viegas Di Lorenzo - SES/SP
03	Afra Suassuna Fernandes - SES/PE	Estela Maria Bonine - SES/SP	Maria Teresa B. Teixeira - SES/MG	Maria Inês Vasconcelos do Amaral - SES/CE
04	Mário Roberto Dal Poz - UERJ/RJ	Maria Élide Machado - SES/RS	Maria da Glória Sirena - SMS/Porto Alegre - RS	Sônia de Moura Silva - SES/AL
05	Maria Célia Vasconcelos - SMS/Niterói - RJ	Arlete Bernine Fernandes - SES/Paraná	Milton Menezes da Costa Neto - SES/DF	Darcy Reis de Oliveira - SES/PR
06	Paulete Cavalcante de Albuquerque - SES/PE	André Luiz Bonifácio - SES/PB	Estela Márcia Saraiva Campos - UFJF/MG	Cláudia Luciana de S. Mascena Veras - SES/PB
07	Maria Francisca Duailibe - ASPP/PI	José Carlos Barbosa Filho - SES/BA	Helena Maria Fonseca - SES/RJ	José Inácio Lermen - SES/RS
08	Tereza Varella - UERJ/RJ	Ricardo Komatro - Marília/SP	Neuza M. N. Moysés - CONASEMS	Pedro Gilberto Alves de Lima - SMS/Niterói - RJ
09	Tânia Maria Sulzbach Müller - SES/SC	Regina Lourdes de S. Nascimento - SMS/Recife - PE	João José Neves Marins - UFF/RJ	Tereza Cristina Alves Bezerra - SMS/Recife - PE
10	Marcos Corvino - UFF/RJ	Denise Stringare	Joselma Cavalcante Cordeiro - UFPE/PE	Regina Lúcia Dods Bonfim - SES/RJ
11	Leda Maria Albuquerque - SES/PR	Daniele Soares - SMS/Belém - PA	Maria José Grillo - UFMG/MG	Paola Borba - SES/CE

Anexo IV

TERMOS DE REFERÊNCIA

1. PARA EXPOSITORES DE PAÍSES

Tempo: 45 minutos

- Breve descrição do modelo de sistema de saúde existente em seu país, detalhando aspectos relativos à cobertura, acessibilidades, financiamento (público/privado) e prestação (público/privado) e prestação (pública/privada) de serviços de saúde.
- Qual a importância dos programas de atenção primária/medicina familiar/saúde da família dentro do conjunto do sistema, quanto a população atingida em termos demográficos e sócio-econômicos, recursos dependidos e impacto nas condições de saúde. Estas práticas são desenvolvidas a nível hospitalar, ambulatorial ou comunitário?
- Modalidades de vinculação laboral (incluindo padrão de remuneração). Preparação profissional para as atividades de atenção primária/medicina familiar/saúde da família a nível de graduação, residências e educação permanente.

2. PARA OS DEBATEDORES

Tempo: 15 minutos

- Fazer uma análise crítica comparada entre os dois modelos apresentados, assinalando neles os principais atributos que poderiam se aplicar à realidade.