Contagem conta histórias de liberdade.
Página 12

Revista Brasileira de saúde da família



Foto: Beto Gazzollo

Ministério da Saúde

Programa Saúde da Família

Expediente

Revista Brasileira da
SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma publicação do
Ministério da Saúde
1ª reimpressão - março 2000
MINISTRO DA SAÚDE
José Serra
SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE
Cláudio Duarte da Fonseca
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
Heloíza Machado de Souza
CONSELHO EDITORIAL DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Heloíza Machado de Souza
Maria de Fátima Souza
Milton Menezes da Costa Neto
Eduardo Levcovitz
Julio Strubing Muller
Luis Odorico Monteiro de Andrade
Marco Aurélio Da Ros
Ricardo Burge Ceccin
Maria José Scochi
Karina Barros Calife Batista
Ellen Márcia Peres
Carlos Arroldo Piancastelli
Marco Antônio Mota Gomes
Roseana Maria B. Meira
Djalmo Sanzi Souza
JORNALISTA RESPONSÁVEL
João Paulo Pinto da Cunha
MTb 5091
EDITORAÇÃO E FOTOLITO
Autêntica Editora
PROJETO GRÁFICO
Jefferson da Fonseca
SECRETARIA EXECUTIVA DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Departamento de Atenção Básica
SPS/MS
ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS
Bloco G, 8º andar
CEP 70.058-900
Brasília-DF
Fones: (61) 315-2797 e 321-3452
Fax: (61) 226-4340
E-mail: cosac@saude.gov.br

O Programa Saúde da Família faz parte das metas do Plano Avança Brasil

Índice



Em Sobral, cada criança é festejada e esperada com muito cuidado e informação.
Página 38

Editorial 3
Apresentação 4

Entrevista
José Serra avalia o programa 5

Conjuntura
O futuro tecido no presente 7
Atenção básica: financiamento, descentralização e eqüidade 10

Municípios
Contagem - Todos os sentidos da liberdade 12
Iguatu - Água grande, muita água, água boa 22
Mauá - O amor faz a diferença 30
Sobral - Com vontade de sobra e muita garra 40
Verde Teresina - Alicerçando no PSF a reforma do Sistema de Saúde 48

Análises
Emoções a serem compartilhadas
Relato de cinco experiências em Saúde da Família 58
Cinco caminhos para não abrir espaços de tranformações do ensino médico 59

Editorial

O Conselho Editorial da Revista Brasileira de Saúde da Família (RBSF) apresenta à academia, aos gestores, ao pessoal de serviço e à comunidade envolvida com as ações básicas de saúde o primeiro número desta publicação.Com previsão de edições semestrais, a revista se coloca como um instrumento aberto e democrático, que venha ao encontro das aspirações de todos aqueles que, direta ou indiretamente, estejam trabalhando com Saúde da Família. Mais amplamente, a RBSF espera ser um elemento a mais na discussão e na proposição de alternativas para o sistema de saúde brasileiro, em todos os seus níveis.

A RBSF constitui-se em importante veículo, concebido com o propósito de promover a educação permanente de todos aqueles que lidam com a estratégia de saúde da família, enquanto proposta de reordenação da atenção básica em saúde. Além disso, a publicação cumpre a função de estabelecer pontes entre experiências em curso em todo o Brasil. Ou seja, haverá sempre um momento de busca de elementos criativos no fazer saúde e um retorno a estes mesmos atores, com um caudal de experiências, conhecimentos e conceitos no campo da saúde pública.

Pela natureza singular das ações que envolvem "o pensar e o fazer" em Saúde da Família, esta Revista abre espaço para artigos científicos, revisões, atualizações, notas breves, reportagens, resumos e entrevistas que tratem de temas relacionados à atenção básica. Tais temas podem referir-se às ações que envolvam as dimensões de promoção, prevenção e recuperação - na perspectiva da prestação do cuidado -, à apresentação/discussão de questões de ordem conceitual, estratégica e/ou operacional no campo da formação e capacitação de recursos humanos ou, ainda, da articulação do setor com os outros níveis do sistema.

É intenção deste Conselho levar às instâncias formadoras, gestoras e executoras, informações que possam contribuir para promover e ampliar as discussões e ações em torno da proposta de atenção primária à saúde.

O compromisso de nossa revista é, em última instância, com as questões da saúde com as quais temos nos debatido neste final de milênio: promoção da saúde, prevenção de doenças, qualidade de vida, trabalho interprofissional, integralidade, humanização do cuidado e intersetorialidade.

Conclamamos todos para, juntos, levarmos este desafio à frente.

Conselho Editorial da Revista Brasileira de Saúde da Família. Novembro de 1999

A RBSF espera ser um elemento a mais na discussão e na proposição de alternativas para o sistema de saúde brasileiro.

A publicação cumpre a função de estabelecer pontes entre experiências criativas em curso em todo o Brasil.

Apresentação

A população em primeiro lugar

Renilson Rehem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde/MS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição de 1988, ao ser desenvolvido sobre os pilares da universalização, da descentralização e da integralidade da assistência, visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos de saúde à população brasileira.

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática "hospitalocêntrica", pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e com baixa resolubilidade. Vem gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo — gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços.

Neste contexto, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro.

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Propõe-se, ainda, a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

A efetiva implantação dessa estratégia vem possibilitar a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

Todo o sistema deverá estar estruturado segundo a lógica da estratégia em questão e não apenas as unidades básicas, pois a continuidade da atenção por todo o sistema deve ser garantida, através de um fluxo contínuo setorial, sem que haja solução de continuidade nesse processo. A unidade básica de saúde, sob a estratégia da Saúde da Família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde, mas a mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção.

A estratégia de Saúde da Família, por ser um projeto estruturante, deve provocar uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Esta mudança implica na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, assim como, entre as práticas educacionais e assistenciais.

Apesar da experiência de Saúde da Família no Brasil caracterizar-se pela sua jovialidade, já apresenta significativa acumulação de práticas e saberes, apontando para a relevante importância de se promover um permanente intercâmbio técnico e científico entre os atores envolvidos no processo.

Já existe um acúmulo de experiências diversificadas em nível nacional que poderiam fornecer elementos de reflexão àqueles que se propõem a viabilizar o SUS em sua localidade. Há de se considerar que cada uma delas vem se desenvolvendo em uma conjuntura específica e dificilmente poderia haver uma generalização de sua aplicabilidade. Entretanto, uma análise rigorosa de seus principais logros, dificuldades e problemas poderia ser de utilidade para a conjuntura brasileira.

Apesar da experiência de Saúde da Família no Brasil caracterizar-se pela sua jovialidade, já apresenta significativa acumulação de práticas e saberes.

Esta publicação, iniciada em 1996, retoma seus ambiciosos objetivos, de servir de veículo de testemunhos referentes às mudanças do modelo de atenção à saúde do Brasil. Como foi apontado pelo EDITORIAL de seu primeiro número: "Um atestado de evidência e uma peça de contribuição", propondo-se a ser um instrumento de discussão sobre o sistema de saúde em transformação.

Dessa forma, este periódico propõe-se a apresentar trabalhos e experiências referentes ao desenvolvimento de recursos humanos, ao processo de avaliação, ao processo de gestão local, às práticas assistenciais apropriadas ao novo modelo, enfim, a todos os campos que se relacionarem à nova estratégia e ao seu impacto na transformação da atenção básica à saúde e de toda a prática setorial.

Este número visa não apenas resgatar uma publicação já iniciada, mas elevá-la ao patamar destacado dos instrumentos importantes para o efetivo apoio ao processo de humanização da saúde em marcha no Brasil.

"A diversidade é a maior riqueza"

Como o Senhor vê o Programa Saúde da Família?

José Serra – Trata-se da mais importante mudança estrutural na saúde pública no Brasil. Junto com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – com o qual se identifica cada vez mais – o Saúde da Família nos permitirá inverter a lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais. Nós acreditamos que, ao contrário do que se fez nas ultimas décadas, o fundamental é promover a saúde da população, por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes. As filas nos hospitais existem porque, nas últimas décadas, investiu-se pouco na prevenção. Queremos inverter essa lógica. É um modelo testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico. O resultado desse modelo de atenção básica é que é comum: no Canadá, no Reino Unido e em Cuba, para citar três exemplos, a atenção básica resolve mais de 80% dos casos, ficando um pequeno percentual para unidades mais complexas. Além do mais, o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as Secretarias, Municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos.

O Saúde da Família é um projeto para as regiões carentes?

José Serra – Durante muito tempo, até pelas primeiras experiências, identificou-se o PSF com o Norte e Nordeste do País, de uma forma preconceituosa. Estas regiões contribuíram decisivamente para o desenvolvimento de um dos profissionais mais importantes da nova saúde no Brasil, os agentes comunitários de saúde. O programa pode ter um pouco do criativo sotaque nordestino, mas apresenta bons resultados em municípios de todo o Brasil. É evidente que o impacto sobre as populações menos assistidas é maior, mas o programa é para todos.

Que experiências de Saúde da Família podem ser destacadas no Brasil?

José Serra – São mais de quatro mil equipes em atuação – eram apenas 328, há cinco anos –, enfrentando problemas singulares, cada uma delas com muitas histórias humanas para contar. O que posso dizer com segurança é que o Saúde da Família responde às necessidades básicas de saúde da população de pequenas cidades, com pouco mais de 10 mil habitantes, até metrópoles com milhões de pessoas. O modelo garante maior vínculo e humanização da atenção básica mesmo em cidades grandes, onde a relação dos hospitais com os pacientes é fria e nem sempre resolve os problemas de quem os procura. A diversidade é a maior riqueza. Em algumas localidades temos propostas como o uso de terapias não convencionais – plantas medicinais, homeopatia, etc., em outras, organizam-se grupos de caminhada e apresentações teatrais, por exemplo, mas, em todos eles, vem se buscando ações integrais e melhores soluções para a assistência.



José Serra: parcerias garantem êxito

Como o Saúde da Família se articula com os outros níveis de atenção?

José Serra – Um dos principais avanços dessa estratégia é exatamente a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações em outras com o Saneamento, Educação, Cultura, Transporte, etc. Quem fala Saúde da Família fala em ações combinadas e está pensando a partir da noção ampliada de saúde, que engloba tudo aquilo que pode levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva. No âmbito da saúde, a atenção básica pode resolver,

Se o PSF ficar só na atenção básica, ele fracassa. A aposta do Brasil é no SUS, na atenção integral e em todos os níveis de complexidade.

dependendo do contexto, até 90% dos problemas. Mas vida não tem percentagem e, os 10% de problemas que exigem atendimentos específicos são fundamentais. É aí que entra a capacidade de racionalizar os gastos com cuidados mais sofisticados.
A tomografia, ressonância magnética ou medicamentos de última geração são uma conquista da tecnologia para toda a humanidade, não para a porção rica da humanidade.
O Saúde da Família, ao encaminhar com mais garantia de referência e menos desperdício, amplia o acesso de todos a estes benefícios científicos.

Tudo começa na atenção básica, mas a continuidade da atenção por todo o sistema deve ser garantida sempre que necessário. A unidade básica de saúde, sob a estratégia da Saúde da Família, deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde e a mudança do modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção. Se o programa ficar só na atenção básica, ele fracassa. A aposta do Brasil é no SUS, na atenção integral e em todos os níveis de complexidade.

Quais são os desafios atuais do programa?

José Serra – Existem dificuldades de ordem técnica, financeira e política. Melhor seria nomeá-las como desafios. Do ponto de vista técnico o maior desafio está na capacitação dos atuais profissionais e na formação dos futuros. O Ministério da Saúde tem apoiado a formação de pólos de capacitação, mas a história das escolas na área médica é toda ela marcada pelo modelo liberal tradicional e especializado. A mudança tem que vir dos dois lados: o apoio à formação profissional em nível de graduação, às pesquisas e à constituição de programas de capacitação em serviço, num diálogo permanente entre as universidades e o setor público de prestação de serviços; e pela abertura de novos postos de trabalho.
O mercado é o grande incentivador. Acredito que a mudança de modelo abrirá muitas vagas neste mercado de Saúde da Família e as universidades irão seguindo esta tendência de perto. O programa veio para mudar e, tenho certeza, os jovens serão gradativamente atraídos pela proposta. Quem escolhe trabalhar na área de saúde tem o homem como objetivo e a Saúde da Família é a mais humana das práticas. No que tange aos salários, vem-se observando sua competitividade no mercado, com estímulos importantes para sua prática. À medida em que o projeto tornar-se hegemônico, tende a acompanhar o mercado.

E os recursos?

José Serra – Da parte do governo federal, estamos aumentando cada vez mais os recursos para este programa e para o de agentes comunitários. Mas um dos aspectos mais importantes da estratégia do Saúde da Família, que aponta para o êxito de sua aplicação, são as parcerias que vêm sendo firmadas entre os gestores dos diversos níveis do setor – federal, estadual e municipal. Ela vem sendo uma prioridade política de todos esses atores e, com isso, na prática, observa-se a aplicação de recursos de todos os níveis, incluindo parceiros privados e organizações não-governamentais. Quanto mais esses atores se envolverem e mais recursos vierem, mais difícil será reverter essa nova orientação.

Como este projeto, de substituição do modelo, é condicionado à realidade política dos diversos níveis de poder? Quais são os reais riscos de retrocesso?

José Serra – O Saúde da Família não é um projeto político de um gestor, nem mesmo de um governo. Como já foi dito, os gestores conseqüentes devem pensar, não nas próximas eleições, mas, sim, nas próximas gerações. Dessa forma, pela maturidade dos políticos e gestores brasileiros, em todos os níveis do sistema, associada à importância e ao impacto identificados no desenvolvimento atual da proposta, pelos administradores setoriais e pela própria população, vem-se constatando a tendência de sua perenidade, garantindo o permanente avanço na melhoria do modelo de atenção à saúde dos brasileiros.

Existem dificuldades de ordem técnica, financeira e política. Melhor seria nomeá-las como desafios. Do ponto de vista técnico, o maior desafio está na capacitação dos atuais profissionais e na formação dos futuros.

Qual o quadro atual de equipes em atuação no Brasil e a perspectiva de ampliação para o ano que vem?

José Serra – Atualmente, já estão trabalhando 4.405 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 1.693 municípios brasileiros, vinculadas a mais de 15 milhões de brasileiros. O Ministério da Saúde e seus parceiros estaduais e municipais estão trabalhando com a meta de implantação, ainda para este ano, de 6.000 equipes e, para o ano 2002, de 20.000 equipes, o suficiente para atender a cerca da metade da população brasileira. Não se pode dizer, ao deparar-se com tais números, que é uma proposta paralela ao sistema. Ela é o próprio sistema.

O futuro tecido no presente

Heloíza Machado de Sousa
Coordenadora de Atenção Básica/MS

O Programa Saúde da Família tem uma fala de apresentação: "Dá licença"? É dessa forma que os agentes comunitários de saúde, o principal elo com a comunidade, se apresentam às famílias desde o primeiro momento de seu trabalho. Uma manifestação simples, mas que mostra o resgate de alguns valores: a cordialidade, a civilidade, a inclinação ativa e o respeito. Até chegar à soleira das portas, de Norte a Sul do Brasil, o PSF se nutriu de muita discussão política, ciência, saberes e práticas. Ao entrar nas casas das famílias brasileiras os profissionais carreiam toda esta história, perpassada pelo viés cultural da aposta em novos valores, velhos valores. Valores eternos. E, mesmo com os resultados que veremos a seguir, ainda pedem licença.

A desconfiança com as palavras, num setor em que continuadas experiências levaram à descrença até os conceitos mais simples, faz com que a noção de programa precise hoje ser explicada e extirpada dos vícios do intervencionismo e da verticalidade. Além disso, ao se colocar como uma franca estratégia de substituição do modelo de prestação de serviços, o PSF aliou enfrentamentos poderosos desde seu nascedouro. No entanto, talvez o que vem pesando mais na aceleração induzida da implantação do PSF seja o par cobrança social e evidência de resultados. Das necessidades vocalizadas pela população (às vezes como queixas, outras como reivindicações organizadas) ao retorno em termos concretos de resultados sanitários, o PSF se coloca hoje como o esforço prioritário do Ministério da Saúde no campo da atenção à saúde.

A estratégia do PSF é, neste sentido, uma escolha que tem fundamentos éticos, técnicos e políticos. É a partir desta inspiração básica que o Ministério da Saúde vem investindo trabalho, idéias e recursos para que a estratégia seja de fato reorientadora, no sentido mais amplo possível, do modelo vigente de atenção à saúde. Partindo do reconhecimento dos avanços obtidos pela Reforma Sanitária brasileira, o PSF se coloca como uma etapa decisiva de tradução, na prática dos serviços, dos propósitos generosos do SUS constitucional.

Mudança de modelo sempre foi uma pedra de toque no discurso sanitarista brasileiro. O diagnóstico que os anos foram aprimorando nos mostrava um modelo de saúde centrado na doença. A singeleza desta definição, no entanto, esconde todo um arcabouço de investimentos sociais e tecnológicos que nos legou a valorização extrema da estrutura hospitalar (inclusive como porta de entrada do sistema), e o jogo invencível da incorporação tecnológica. O bom senso milenar do "prevenir para não remediar", foi sendo reescrito com o abandono da prevenção e promoção da saúde em nome da tecnologia curativa em todas as suas dimensões.

A rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, sob esta lógica, passou a ser assessória e desqualificada. Com isso perdeu seu potencial de resultados, alimentando a própria lógica que a excluía de antemão. A escala de valores se cindiu: de um lado um empenho tecnológico localizado nas grandes instituições (caro e seletivo); de outro os serviços básicos (despreparados e ineficientes). A contradição maior, no entanto, estava na utilização destas estruturas. O que era para ser básico se tornou descartável e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada.

Esta situação não se consubstanciaria se não houvesse o mínimo de resultados. De fato, a população, descrente das políticas públicas por razões mais que justificadas, frente ao baixo investimento em políticas sociais durante os anos da ditadura militar, passou a nutrir a ilusão de que os problemas são resolvidos nos hospitais. Ainda que de uma forma ou de outra, recebessem algum atendimento, não havia perspectiva de seguimento e nem garantia de acesso aos exames solicitados ou medicamentos prescritos. Um modelo de serviços que apresenta ainda como conseqüência uma incorporação crescente de custos, que não têm qualquer repercussão nos níveis de saúde ou qualidade de vida.

O Programa de Saúde da Família é uma escolha técnica, ética e política.

Perda de qualidade, sofisticação e encarecimento. E não pára por aí. O modelo, ao se organizar pela lógica quantitativa, introduziu ainda uma variável de infelicidade e irrealização no âmbito do próprio trabalho dos profissionais de saúde. A perda do vínculo com os pacientes, uma das bases da relação clínica, tem um impacto direto na qualidade da atenção. Sem falar na população, que sente literalmente na carne a falta de humanização do atendimento que recebe.

A síntese deste quadro é um modelo que é caro, ineficiente, desumano, que degrada a prática profissional e não atende às necessidades da população. Se é assim, por que esta prática persiste por tantos anos, mesmo entre pessoas de boa vontade? A imersão no modelo faz com que a lógica da atenção hospitalar, curativa ou reparadora, se confunda com o próprio conceito de saúde. Trabalhar contra a doença se antepõe, nesta visão da ética profissional, a trabalhar pela qualidade de vida.

Saúde da Família tem sido uma resposta internacional à essa conjuntura, com diferentes pontos de inflexão. Em alguns contextos ela se motivou mais pelo resgate de valores profissionais; em outros, pela capacidade de melhorar os indicadores de saúde; ainda em alguns países, como

uma estratégia ampla de completa reordenação do modelo assistencial.

A equação internacionalmente aceita e comprovada aponta para a seguinte regra: as unidades básicas de saúde, desde que funcionem adequadamente, são capazes de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da sua população. O restante das pessoas precisará, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar.

O corolário desta regra é igualmente simples. Dado que os problemas são, em sua maioria, simples e de resolução garantida no nível da boa atenção básica, o restante da rede se organiza de forma articulada e hierárquica a partir daí. Os ambulatórios de especialidades e os hospitais passam a cumprir sua real vocação e seu verdadeiro papel. Ganham todos, população, profissionais e gestores e, de forma destacada, se racionalizam e democratizam os investimentos.

Racionalizar o uso da alta tecnologia é uma forma de democratizar o acesso a esses serviços.

É preciso que se atente para este aspecto de complementaridade do sistema. Ao priorizar a atenção básica o PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. A tecnologia, é bom que se reafirme, é uma conquista que o setor saúde entende como fundamental para o sistema, mas que vem sendo utilizada, aí sim, de forma excludente, deixando de fora boa parcela da população. O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Desta forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. Como dizia o filósofo inglês Francis Bacon sobre o capital, com pouco gosto mas com muita propriedade, "dinheiro é como estrume, só é bom quando espalhado". O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, neste sentido, é democratizar o acesso.

Os programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde já se configuram hoje como prática. Uma força atuante de equipes que atendem cerca de 40 milhões de pessoas, em todas as regiões do Brasil. Já se falou em "movimento silencioso" que congrega ação de mais de 100 mil agentes. O Nordeste do Brasil, nascedouro de muitas experiências, não é mais limite geográfico do PSF, que mostra (a exemplo das ações canadenses e inglesas) a ubiqüidade e oportunidade dos propósitos do programa em todos os contextos.

"Sangrada, a cidade que deveria ser sagrada", escreveu com amor e raiva Hélio Pellegrino em um de seus artigos. Médico e poeta, Pellegrino sabia das coisas do mundo e do sonho, e não aceitava a sangria de vida que as grandes cidades assumiam em sua opção desmedida e burra pelo progresso a qualquer custo, mesmo o mais humano dos custos: a indisponibilidade de tempo, espaço e alegria. São cidades que se orgulham de suas riquezas e convivem com a miséria; que se armam sobre concreto e capam as árvores; que produzem a azáfama e o brilho enquanto adoecem e entristecem seus homens e mulheres.

Nestas cidades, se a geografia ou o PIB anistiam o sonho, não resolvem o sofrimento. E quando se fala, em termos de saúde, sofrimento e necessidade de humanização, o PSF tem o que dizer. Só para exemplificar, podemos citar a cidade de Curitiba (PR) com mais de 500 agentes comunitários de saúde trabalhando prioritariamente nas áreas de maior exclusão social. Ou ainda Florianópolis (SC), com 98% dos seus habitantes já sendo cadastrados pelos agentes comunitários.

Os 100 mil agentes que movimentam silenciosamente a reorientação do eixo de atenção básica à saúde, já se integram às mais de 4 mil equipes de Saúde da Família em atuação no País. A implantação de equipes de Saúde da Família e, em caráter transicional, de agentes comunitários, significa um projeto assertivo e amplo para mudar radicalmente a organização dos serviços de saúde no Brasil. Por conseqüência, este esforço se traduz, de forma cotidiana, em um grande enfrentamento com interesses bem localizados na atual configuração dos serviços.

As diretrizes programáticas do PSF já são bem conhecidas. A reorganização da atenção à saúde implica numa reordenação da própria lógica de montagem de unidades. A construção de prédios, que foi por décadas a diretriz orientadora da expansão da rede física, passa a ser substituída pela criatividade e integração com as comunidades, que muitas vezes apresentam soluções melhores e mais realistas.

O parâmetro de organização técnica das equipes também já se mostra acertado para a nossa realidade, como equipes mínimas de médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe passa a ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, mil famílias ou 4.500 pessoas que residem ou trabalham no território de responsabilidade da unidade de saúde, agora denominada "Unidade Básica de Saúde da Família". O trabalho da equipe começa com o cadastramento minucioso das famílias, levando-se em conta variáveis sociais, econômicas, sanitárias, educacionais e culturais. Um mapa feito de gente, de alegria e dor, de necessidades e possibilidades.

O planejamento das ações, partindo do conhecimento detido e vivo da realidade social e de suas dificuldades, se traduz em ações prioritárias, decididas de forma técnica (não se abre mão do saber técnico em nenhum momento do programa) e democrática (não se perde o horizonte político em nenhuma fase do trabalho). Em outras palavras, estabelece-se o vínculo de compromisso e de responsabilização entre a comunidade e as equipes de saúde, norteado pelos problemas prevalentes e pela capacidade de resolvê-los em todos os níveis. Muitos exemplos, como os que serão vistos nesta publicação, dão provas

reais do acerto desta estratégia.

A relativa novidade do modelo ainda não permite um amplo estudo de índices de impacto destas ações no quadro sanitário nacional. Já existem muitos indicadores qualitativos, medidos em pesquisas de satisfação dos usuários; e quantitativos, como o de índices de coberturas vacinais, aleitamento materno, mortalidade infantil e outros. Não é pelo seu viés humanista que o PSF deixa de ter uma grande preocupação com os números. Este empenho pode ser percebido nos inúmeros instrumentos de informação criados ou otimizados pelo programa. Em breve, também na área de estatísiticas vitais, o PSF deve dar sua enorme contribuição ao conhecimento da realidade de saúde do País.

Os resultados já observados em todo o Brasil e a potencialidade do Programa Saúde da Família fez com que o Ministério da Saúde refletisse a prioridade no seu orçamento. No ano de 1998 o Programa de Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde recebeu um orçamento de R$ 218 milhões. Em 1999 este valor subiu para R$ 380 milhões e está previsto para o ano 2000, um orçamento de R$ 680 milhões. Estes recursos são transferidos como forma de incentivo aos municípios que implantam agentes comunitários e equipes de saúde da família.

A meta para expansão imediata do programa já foi anunciada pelo ministro José Serra e indica, para o ano de 2002, 150 mil agentes comunitários e 20 mil equipes de saúde da família. Em termos percentuais, isso representará o acompanhamento, através dessas equipes, de aproximadamente metade da população brasileira. Representa também a decisão política de iniciar pela atenção básica a substituição verdadeira do modelo de atenção à saúde.

Um dos maiores obstáculos ainda está localizado no setor de recursos humanos e qualificação dos profissionais. Para um novo modelo, novos profissionais. O papel do Ministério da Saúde tem sido o de incentivar o aparelho formador para a nova realidade, o que vem sendo respondido de forma sensível pelas faculdades e escolas de saúde de todo o País. Já foram investidos nos dois últimos anos R$ 12.441.000,00 para a instalação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, e 54 instituições universitárias já estão envolvidas nestes projetos para a capacitação e formação dos novos profissionais de saúde necessários.

A própria ampliação do PSF, como expressa nas metas para 2002, indicam ainda que o mercado profissional deverá criar uma natural inclinação para o novo modelo que, afinal, atenderá quase a metade da população do país. Os pólos, neste momento, deixarão de funcionar como um elemento regulador do mercado profissional para instaurar o debate no interior próprio aparelho formador. Prevê-se, neste contexto, uma reorientação do mercado com novos focos de hegemonia em disputa com o modelo das especialidades, em convivência construtiva, como cabe ao projeto sanitário e ao espírito das universidades e centros de pesquisa.

A idéia de um modelo substitutivo nos coloca a todos imersos em um grande desafio de desmontar o passado - sem deixar de reconhecê-lo e mesmo de valorizá-lo na sua real dimensão -, e de montar, ao mesmo tempo, as engrenagens do futuro. Fernando Pessoa, pela boca de Álvaro Campos, lançou um grito metafísico e desesperado que sintetiza este dilema: "Quem escreverá a história do que poderia ter sido?" Começar o novo é sempre o caminho mais difícil, mas é a única garantia que, percorrida estrada, o olhar para trás não busca explicar o que não se fez ou que poderia ter sido, e sim aprender com a ação, para fazer do futuro uma construção diária.

Alguns anos do PSF no Brasil marcam certezas e realizações. Mas ainda há muito o que fazer e a parceria dos três níveis de governo é um imperativo para se suplantar as dificuldades e fazer avançar o sonho de levar saúde qualidade a todo o povo brasileiro. A história está sendo escrita, homens e mulheres estão conscientemente em ação, com a força do seu trabalho e o engenho de suas idéias, para fazer do que "poderia ter sido", uma realização do presente. E um compromisso com o futuro.

Um dos maiores obstáculos ainda está localizado no setor de recursos humanos e qualificação dos profissionais.

Começar o novo é sempre o caminho mais difícil.

Atenção básica: financiamento, descentralização e eqüidade

Barjas Negri
Secretário Executivo do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde, na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso, tornou efetiva a prioridade para a atenção básica em saúde: aportou mais recursos, vem implementando a descentralização e promovendo a eqüidade.

Até 1997, os principais procedimentos da assistência básica prestados nos municípios eram financiados pelo Ministério da Saúde através do pagamento direto pelos serviços prestados. Isto é, os municípios faturavam e o Fundo Nacional de Saúde pagava ao prestadores pelos serviços prestados: consultas médicas gerais, exames de pré-natal, visitas de agentes comunitários de saúde, atendimentos de enfermagem, aplicação de vacinas, atendimentos odontológicos simples, entre outros.

No ano de 1996, o total dos valores faturados para o conjunto de procedimentos ambulatoriais básicos foi de R$ 1,257 bilhão. Isso representava um valor de R$ 8,00 por habitante ao ano, com grande desigualdade entre os municípios: 1.943 municípios faturavam até R$ 5,00 por habitante/ano, com média de R$ 3,30, enquanto 269 faturavam uma média de R$ 22,00 por habitante/ano. Em dez estados brasileiros, mais da metade de seus municípios faturaram menos de R$ 5,00 per capita com os procedimentos do PAB em 1996, cinco deles da Região Norte e outros três da Região Nordeste.

A partir de 1998 essa lógica foi modificada. Criou-se o Piso de Atenção Básica – PAB, garantindo para financiamento do conjunto de procedimentos básicos o valor mínimo anual per capita de R$ 10,00. Em 1996, ano utilizado como base para definição dos novos valores do PAB, o Paraná, estado com maior gasto com procedimentos básicos por habitante, aplicava R$ 11,29. Esse valor é equivalente a 133% do per capita do estado com menor gasto, o Espírito Santo com R$ 4,84. A partir da implantação dessa nova sistemática de distribuição de recursos essa relação entre o maior e o menor valor per capita caiu para 25%.

Mais que um volume mínimo de recursos, garantiu-se também o repasse mensal, regular e automático diretamente ao fundo municipal de saúde. Isso permite que o gestor municipal possa responsabilizar-se pela prestação de serviços e efetivamente desempenhar o papel de gestor

Os recursos destinados ao PAB vêm crescendo ano a ano. Além dos recursos adicionais alocados para o estabelecimento do valor per capita mínimo, seu total vem sendo corrigido de modo a contemplar a evolução do número de habitantes. Atualmente estão destinados ao PAB recursos anuais da ordem de R$ 1,759 bilhão, um crescimento de 40% sobre o faturamento de 1996.

O município participante do PAB, também pode candidatar-se a outros recursos destinados à programas prioritários de atenção básica: Agentes Comunitários - PACS, Saúde da Família - PSF, Combate a Carências Nutricionais - PCCN, Assistência Farmacêutica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária. A partir de agosto deste ano, o total disponível para financiamento desses programas de modo descentralizado foi elevado para R$ 750 milhões anuais.

Ações antes centralizadas em Brasília, como os convênios do Programa do Leite ou as compras de medicamentos básicos, têm agora seus recursos enviados diretamente aos fundos municipais e, quando isso não for possível ou conveniente, aos fundos estaduais de saúde. Esse é o caso do Programa de Assistência Farmacêutica Básica onde,

Evolução dos recursos anuais destinados aos procedimentos do Piso de Atenção Básica - PAB Brasil, 1996 a 1999

ANO	R$ MILHÕES NOMINAIS	ÍNDICE 1996 = 100
1996	1.257,2	100
1997	1.571,5	125
1998	1.722,1	137
1999	1.759,8	140

Distribuição dos tetos financeiros anuais para Atenção Básica, por regiões: 1999

REGIÃO	POP.	PAB, FARMÁCIA E VIGILÂNCIA		PACS E PSF		PCCN		TOTAL DA ATENÇÃO BÁSICA	
	EM %	R$ MILHÕES	EM %	R$ MILHÕES	EM %	R$ MILHÕES	EM %	R$ MILHÕES	EM %
NORTE	7	140,1	7	40,7	11	21,2	13	202,0	8
NORDESTE	28	568,9	29	187,6	49	85,7	51	842,1	34
C. OESTE	7	132,6	7	30,1	8	8,7	5	171,3	7
SUDESTE	43	828,1	42	69,2	18	36,3	22	933,6	37
SUL	15	295,1	15	51,4	14	14,2	9	360,7	14
BRASIL	100	1.964,8	100	379,0	100	166,1	100	2.509,8	100

em alguns casos, estado e município acordam que os recursos sejam depositados no fundo estadual, de modo a facilitar o processo de aquisição de medicamentos.

Parte do conjunto de ações voltadas para a atenção básica utiliza o critério populacional para alocação de recursos, homogeneizando sua distribuição e reduzindo desigualdades. É o caso do PAB, das Ações Básicas de Vigilância Sanitária e da Assistência Farmacêutica Básica. Já os programas de Agentes Comunitários, Saúde da Família e Combate às Carências Nutricionais, por outro lado, privilegiam as áreas mais carentes, destinando cerca de metade de seus recursos, por exemplo, para a Região Nordeste.

Número de equipes de Saúde da Família 1994 a setembro de 1999

ANO	EQUIPES
1994	328
1995	724
1996	847
1997	1.623
1998	3.116
SET 1999	4.213

Um total de R$ 2,5 bilhões anuais está destinado à transferência direta aos fundos municipais e em menor grau aos fundos estaduais de saúde, apenas para a atenção básica. O acesso a esses recursos e sua alocação estão baseados em critérios universais, conhecidos e transparentes. É bom lembrar que, para o recebimento destes recursos, é preciso que estejam constituídos os conselhos municipal e estadual de saúde, órgãos que possibilitam a participação da comunidade na definição e no controle de sua utilização.

A evolução do número de municípios que integram os diversos programas voltados para a atenção básica e sua distribuição equilibrada por todos os estados brasileiros, demonstram o acerto dessa política e a firmeza na sua implantação.

Evolução da implantação do Piso de Atenção Básica Janeiro de 1998 a Setembro de 1999

MÊS/ANO	MUNICÍPIOS HABILITADOS	POPULAÇÃO ASSISTIDA EM MILHÕES	RECURSOS ANUAIS EM R$ MILHÕES
JUN/98	4.070	117,5	1.261,1
DEZ/98	4.836	140,6	1.508,9
JAN/99	5.136	146,9	1.573,2
JUN/99	5.218	148,8	1.609,8
SET/99	5.280	151,3	1.631,9

Os municípios que recebiam recursos diretamente do Ministério da Saúde eram 144 em 1997. A nova sistemática implantada, a partir do início de 1998, permitiu que ao final do primeiro semestre já fossem mais de 4.000. Atualmente 96% do total já estão incorporados ao PAB, fazendo com que o programa atinja 92% da população brasileira.

Os recursos destinados a municípios que por qualquer razão ainda não estão incorporados ao PAB podem ser repassados ao fundo estadual correspondente. Isso ocorre com aprovação da Comissão Intergestora Tripartite e do Ministério da Saúde, obedecendo os valores mínimos por habitante. Estão nessa situação os estados de São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Nos demais programas de atenção básica, os recursos descentralizados também experimentaram um crescimento significativo em curto espaço de tempo.

Desde o primeiro repasse relativo ao PAB, feito pelo Fundo Nacional de Saúde em fevereiro de 1998, o volume total destinado aos fundos municipais aumenta continuamente. O valor enviado aos municípios em setembro deste ano, para financiamento de agentes comunitários, é quase 9 vezes maior que o de fevereiro de 1998. Para as equipes de saúde da família o valor é mais de 11 vezes o de fevereiro de 1998.

O Programa de Saúde da Família vem recebendo por parte do Ministério da Saúde, juntamente com a implantação de Agentes Comunitários de Saúde, especial atenção. Passando a integrar a Parte Variável do PAB esses programas experimentaram uma significativa ampliação. O número de equipes de saúde da família praticamente foi multiplicado por dez, entre 1994 e o primeiro semestre de 1999 e continua crescendo: hoje são mais de 4.200 equipes que prestam assistência a mais de 14 milhões de pessoas, atuando em 1.610 municípios de diferentes tamanhos.

Em 1999 o Ministério da Saúde viabilizou para os Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários um teto financeiro anual de R$ 379 milhões. Para o ano 2000 estão previstos R$ 680 milhões. A meta para o ano 2000 é termos 10.000 equipes trabalhando por todo o país. Para o ano 2002 queremos ter implantadas 20.000 equipes.

Evolução dos recursos mensais repassados a fundos municipais para programas selecionados: fevereiro de 1998 a setembro de 1999

MÊS/ANO	PACS	PSF	CARÊNCIAS NUTRICIONAIS	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	TOTAL	ÍNDICE JUN 98 = 100
	R$ MILHÕES	R$ MILHÕES	R$ MILHÕES	R$ MILHÕES	R$ MILHÕES	
FEV/98	1,9	0,7	-	0,6	3,2	25
JUN/98	6,9	2,9	0,4	2,4	12,6	100
DEZ/98	14,5	7,2	8,6	2,8	33,1	263
JAN/99	15,2	7,3	9,0	3,0	34,5	274
JUN/99	16,2	7,4	11,8	3,1	38,5	306
SET/99	16,9	8,1	11,9	3,1	40,0	317



Contagem

Todos os sentidos da liberdade

João Paulo Cunha

Jornalista

Contagem, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, é uma prova do acerto do PSF em áreas urbanas. Equilibrar a qualidade de vida no contexto do desequilíbrio socioeconômico é o maior desafio do município.

Foto: Ângela Pagu



Nova Contagem e seus morros. Ao fundo o presídio Nelson Hungria

Contagem tem o segundo maior PIB do Estado de Minas Gerais e uma das maiores populações, mas ninguém arrisca um número exato. "Em torno de 600 mil" é uma das formas mais utilizadas. Estas constatações resumem bem a complexidade do município, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte: gente e dinamismo é o que não falta. Outra característica da cidade é a de se recriar em novos distritos e núcleos, que ganham nomes próprios e características peculiares, quase como cidades dentro da cidade, como o Eldorado, o Cinco, o Cincão e Nova Contagem.

Cerca de 8% da população empregada de Minas Gerais trabalha em Contagem, que muitos ainda chamam de Cidade Industrial. A cidade tem um parque fabril variado (química, alimentos, bebidas e metalúrgicas), com cerca de 600 indústrias, a grande maioria delas instalada a partir dos anos 70. Mas nem só de indústria se desenha a paisagem urbana do município. Contagem e seus distritos são também pouso de muitas famílias que trabalham em Belo Horizonte e outras cidades da Região Metropolitana. Cidade dormitório é o reverso da cidade industrial, que sofre, como em todo País, as conseqüências do desemprego.

Nova Contagem foi a primeira região do município a receber as equipes do PSF. "Se der certo em Nova Contagem, dá certo em qualquer lugar". Este diagnóstico, que tem atravessado muitas administrações, resume tudo. Vista por todos como um problema, a região é por isso mesmo o laboratório dos sonhadores bem intencionados, embora traga em seu bojo uma forte carga de preconceitos. E a metáfora da exclusão social se alimenta ainda da vizinhança da Penitenciária Nelson Hungria, mais conhecida como Presídio de Segurança Máxima de Contagem.

Quem começa a trabalhar numa área como Nova Contagem, com 60 mil habitantes distribuídos em morros, favelas e um pequeno centro de classe média baixa, tem que enfrentar, além destes problemas, a distância do Centro de Contagem, cerca de 10 km, em estrada servida de poucos ônibus para tanta população sem outra alternativa de transporte. O quadro que vai se desenhando ao visitante não é muito animador: miséria, violência urbana, falta de rede suficiente de serviços públicos. Mas por um destes desígnios próprios das regiões de trabalhadores organizados, os sonhadores parecem que estão ganhando a disputa com os preconceituosos e mostrando

que as coisas podem dar certo em Nova Contagem.

"Logo no primeiro momento, assim que foi definido que o programa começaria em Nova Contagem, a equipe concordou que não haveria como fazer conviver dois modelos distintos. Todas as unidades da região seriam transformadas em unidades do PSF", recorda Luiz Fernando Rolim Sampaio, secretário municipal de Saúde de Contagem. Com experiência em outros municípios do Estado, como Ibiá e Brumadinho, dos quais também foi secretário, Luiz Fernando avalia que o momento inicial de implantação tem que trazer, de cara, todas as diretrizes inovadoras do programa para conseguir maior credibilidade junto à população. "Até então o debate com as comunidades e com o Conselho Municipal de Saúde era direcionado para o pedido de mais médicos nas unidades convencionais. E o que as pessoas procuram nestas unidades? Controle de pressão, puericultura e outros cuidados simples. Ou seja, a idéia era mostrar que a reorganização da atenção básica iria resolver o problema sem a necessidade de ficar contratando mais médicos", avalia Luiz Fernando.

A inserção das unidades de saúde da família foi direcionada para o distrito sanitário. A área foi bem delimitada (mesmo por razões geográficas inquestionáveis, já que fica isolada do restante do município) e a cobertura de 100% da população de Nova Contagem foi programada inicialmente com a montagem de 15 equipes, cada uma delas atendendo de 800 a 1000 famílias. O sistema se completava, dentro da lógica de assistência integral, com as unidades de referência, urgência e suporte laboratorial e de diagnóstico. Tudo muito redondinho, mas a prática é cheia de arestas, e a realidade de cada comunidade apresenta problemas que fogem aos esquemas e desafiam a criatividade. Não foi diferente em Nova Contagem.

Foto: Ângela Pápa



Unidade de Saúde da Família do Estaleiro divide espaço com o bar do Neném

O primeiro problema estava relacionado com a seleção de pessoal para o PSF. Em função das condições do Distrito de Nova Contagem (distância em nível sócio-econômico), os servidores da região acabaram encontrando algumas formas de burlar o desprestígio de trabalhar na região, criando alternativas informais, como a flexibilidade no cumprimento de horário de trabalho, compensações, folgas e outros artifícios. A idéia de ser substitutivo na prática dos serviços significa uma crença na mudança, inclusive nas pessoas. Por isso, a própria lei que criou o PSF no município dava aos servidores a oportunidade de optar por integrar a equipe de saúde da família ou não, diferenciando o salário dos que optassem pelo programa.

Os salários do PSF de Contagem são os mais altos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. A última ampliação, com novas 38 equipes, acabou retirando profissionais de outros municípios. Com todos os problemas que isso gera, em termos de desmontagem de equipes e perda de investimento em treinamento, não deixa de ser singular, no mercado de empregos públicos, ver a competição puxar o salário — e o respeito — para cima. A lei que regulamenta o PSF estabeleceu três patamares salariais, variando de acordo com a distância do distrito em relação à região central da cidade. Os médicos ganham entre R$ 3,5 mil e R$ 4 mil; enfermeiros de R$ 2,4 mil a R$ 2,8 mil, os auxiliares de enfermagem de R$ 400,00 a R$ 600,00 e os agentes ganham salário mínimo.

A idéia de fazer um processo de substituição natural, mesmo apoiado por lei, não funcionou na prática com a naturalidade pretendida.

Salários em alta

Contagem tem os melhores salários do PSF da região.

Médicos - de R$ 3,5 mil a R$ 4 mil

Enfermeiros - de R$ 2,4 mil a R$ 2,8 mil

O secretário conta que alguns médicos chegaram a procurá-lo para "renegociar" a proposta do PSF, argumentando que o ganho não compensava. "Não compensava para eles, que trabalhavam, por acordos que se tornaram regra, apenas três dias por semana. Para a população e para os profissionais que estejam dispostos a aderir à proposta do PSF, o salário é competitivo em termos de mercado", garante. "Fomos claros, jogamos limpo e dissemos: Quem quiser aderir ao PSF fica, quem não quiser pode procurar a secretaria para ser lotado em outro serviço", lembra Luiz Fernando. Apenas um médico de Nova Contagem topou o desafio no primeiro momento, seguido por 10 enfermeiras. A saída foi recrutar candidatos fora de Contagem.

Tão logo as equipes se instalaram, foram revistos os encaminhamentos e nova organização de trabalho foi iniciada. "Era comum você ter um ginecologista acompanhando um pré-natal de baixo risco, sem a menor necessidade. É possível deixar o suporte de referência apenas para os casos que exijam atenção especializada, sem perder a qualidade do atendimento", afirma o secretário.

A introdução dos agentes comunitários de saúde no sistema foi a mais trabalhosa. A primeira opção foi a contratação através de associações comunitárias, mas não havia dotação orçamentária que possibilitasse a subvenção social. A solução foi licitar uma empresa para administrar os contratos. Além da exigência de residência por pelo menos dois anos na área, os agentes precisavam de uma indicação formal de alguma associação, ONG, igreja ou outro grupo organizado. Houve também uma limitação de indicações, com o justificado temor de uma procura muito grande, o que encareceria o processo seletivo.

O treinamento dos agentes foi feito pelo município em parceria com o pólo de capacitação da UFMG. O coordenador do PSF de Contagem, Marcus Quito, lembra que foi preciso sensibilizar os envolvidos no treinamento para uma nova forma de abordagem. "Trata-se de uma outra vertente de formação, que trabalha com sensibilização, problematização e novos perfis de atuação. O agente é uma nova realidade no sistema de saúde de Contagem, mas são pessoas capazes, que têm vínculos fortes com a comunidade e se entendem como profissionais de saúde. Precisamos abordar os novos contextos a partir desta realidade", afirma Marcus Quito.

O agente é uma nova realidade no sistema de saúde de Contagem.

Mas de nada adianta mudar o profissional se a expectativa da população continua marcada por outra forma de oferecer serviços. "Contagem tinha mania de UAI", garante Luiz Fernando Sampaio. E não se trata de um cacoete lingüístico (que de resto não é exclusividade de Contagem, mas de todos os mineiros). As unidades de urgência do município, que atendem pelo nome de UAI, foram o projeto de várias gestões anteriores. E não se

Foto: Angela Papa



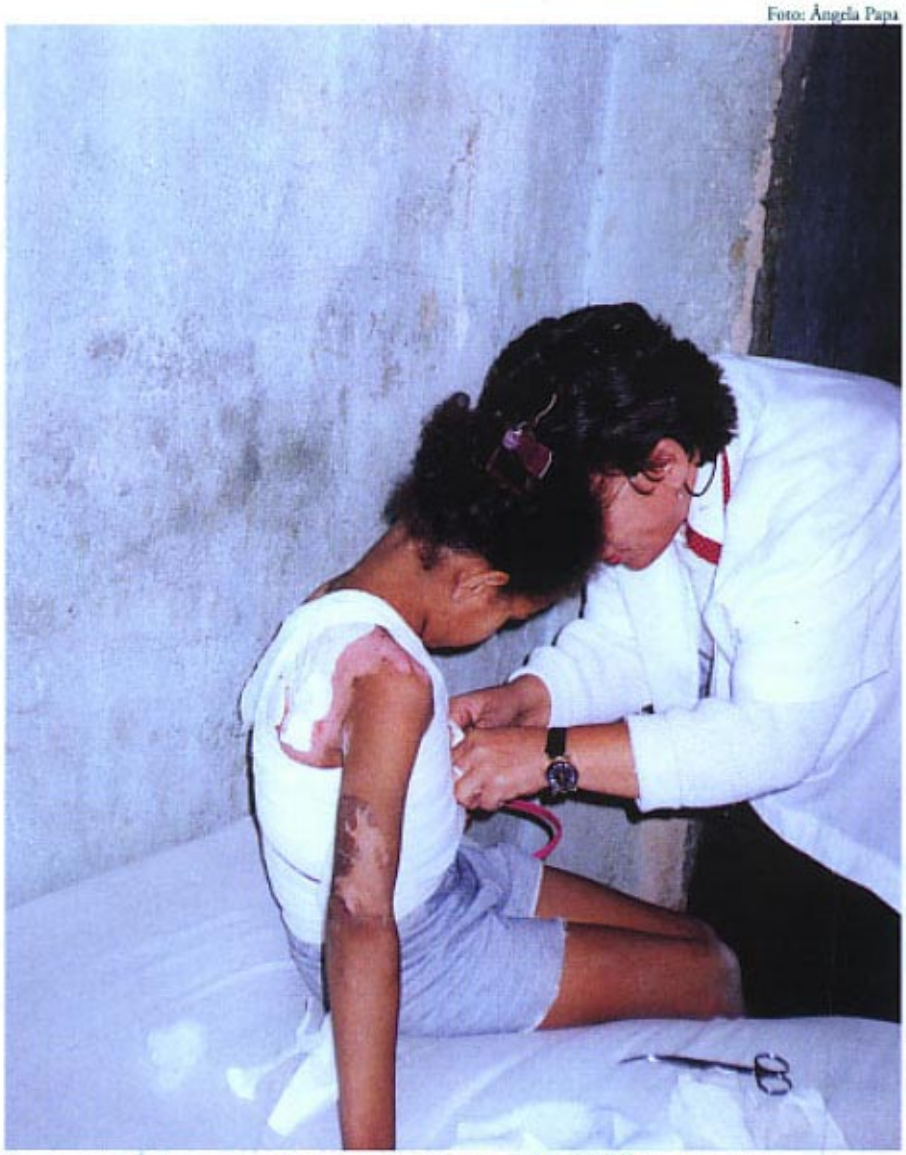
Dalva com as filhas Daniela, Ivani, Vanessa, Vanusa e Emanuela

pode dizer que esta forma de prover serviços era privilégio de Contagem. A lógica de construir grandes unidades de atendimento de urgência foi, por décadas, a direção dos investimentos da saúde pública no Brasil. "Amenizava-se a pressão por consultas e resolvia parte das emergências. Era algo sem fim, como um vício", diagnostica o secretário. A coordenadora do Distrito Sanitário de Nova Contagem, Ângela Parrela, defende que a UAI assuma seu papel de atender urgências. "Quando se pensa no PSF, com uma clientela adscrita, acompanhada, vigiada, não se está abrindo mão do acesso às urgências, pelo contrário. O PSF tem que estar inserido na rede, e não funcionar à parte dela, como uma ilha de excelência", analisa.

Contagem tem hoje uma das experiências mais extensivas e intensivas de PSF do Brasil. Já são mais de 50 equipes trabalhando nos distritos de Nova Contagem, Ressaca e Nacional, e a intenção é chegar a 100 equipes já no início do ano 2000, cobrindo 90% da população do município.

A parceria da saúde com outras áreas da administração se dá até mesmo por afinidade histórica. O secretário de Meio Ambiente já ocupou a pasta da Saúde e, hoje, a atuação conjunta é bem mais fácil já que o "jargão SUS", que praticamente introduziu uma nova língua na prática administrativa brasileira, não é problema. Nova Contagem é uma das regiões mais violentas da RMBH. Uma das preocupações da equipe do PSF foi deixar claro para toda comunidade que o trabalho, ainda que feito a partir de informações detalhadas e da convivência direta com toda a população, não tinha nenhum enfoque policialesco. "Avisamos logo: não vamos denunciar ninguém. Nosso trabalho precisa de confiança, de troca e fomos buscar isso no dia-a-dia do serviço, subindo muito morro, entrando em muita viela, cadastrando muitas casas construídas em terreno de invasão. Hoje somos aceitos e reconhecem nosso compromisso com a saúde e com a melhoria das condições de vida", afirma Luiz Fernando.

Foto: Ângela Papa



A pequena Daniela recebe diariamente a visita da equipe do PSF para cuidar de suas queimaduras, no primeiro caso de internação domiciliar da equipe

Daqui para o ano 2000

Contagem tem hoje uma das experiências mais extensivas e intensivas de PSF do Brasil. Já são mais de 50 equipes trabalhando nos distritos de Nova Contagem, Ressaca e Nacional, e a intenção é chegar a 100 equipes já no início do ano 2000, cobrindo 90% da população do município. "É praticamente uma cobertura total, já que existem áreas de condomínios fechados de classe média alta totalmente independentes do SUS", afirma Luiz Fernando. O secretário faz questão de reconhecer que para chegar a este ponto, o PSF teve que deixar de ser uma opção técnica da equipe de saúde apenas para ser uma prioridade de governo. "O apoio do prefeito é incondicional. Ele banca as pressões e garante as decisões técnicas", diz.

O prefeito Paulo Augusto Pinto

de Mattos tem um discurso de sanitarista afiado e garante que o PSF tem dado resultados satisfatórios. "Estamos trabalhando na prevenção de doenças, otimizando a rede, diminuindo a procura em serviços de urgência e emergência. O PSF tem desafogado as filas, descentralizado e democratizado o acesso da população ao atendimento de qualidade", avalia. A questão dos recursos foi bem acertada entre a prefeitura e o setor saúde. A mudança de modelo não deveria interferir no gasto da prefeitura. "O que foi acordado é que o repasse municipal se manteria no mesmo patamar de 13% dos recursos do próprio Tesouro", diz Luiz Fernando Sampaio.

Para o secretário, quando se reorganiza a rede, há toda uma nova referência que precisa ser atendida. E bem atendida. Como existe uma repressão muito grande da demanda, o PSF acaba evidenciando problemas e propondo formas de atendimento. "Há, isso sim, uma otimização dos gastos. Você retira gasto do hospital e transfere para a rede", afirma. Realista, Luiz Fernando não vê possibilidade a curto prazo de redução de gastos na saúde. "Não existe muita tomografia no sistema, mas tomografia utilizada sem necessidade. O que o PSF faz é abrir o uso da tecnologia para todo mundo, de uma forma mais democrática e tecnicamente mais racional. As necessidades da população ainda são pouco conhecidas", alerta.

Quando se fala em substituição pode parecer que se instala um lapso de tempo, no qual convivem profissionais-dinossauros e sanitaristas pós-modernos, e que a extinção dos primeiros é uma questão menor, que se dará naturalmente. Mas quando se trata de gente, e de tanta gente, além de ser mais difícil há que ser respeitoso. É bom e todo mundo gosta. No caso de Contagem, a convivência dos dois modelos não pode penalizar um dos lados, sob o risco de prejudicar a população e os profissionais. "O município não pode, de uma hora para a outra, dizer aos seus profissionais: muito obrigado por seus 20 anos de serviço mas não precisamos mais de tantos especialistas na rede. Temos que criar novas perspectivas", defende o secretário. "Trata-se de uma nova forma de relação contratual, tanto com a administração quanto com a população", sintetiza Luiz Fernando. "Os profissionais não precisam temer a Saúde da Família como algo diferente. Não estamos inventando nada em termos de medicina e saúde pública".

A preocupação com a sensibilização dos profissionais da rede não é só humanitária, mas operacional. À medida em que amplia o programa, o município precisa formar novas equipes e o mercado de profissionais de saúde da família é ainda incipiente. O

Quando se fala em substituição pode parecer que se instala um lapso de tempo, no qual convivem profissionais-dinossauros e sanitaristas pós-modernos.

movimento nacional e internacional em torno do PSF indica que as universidades estão atentas a este novo empregador, mas a mudança tem sido mais lenta que as necessidades.

"As dificuldades ainda são muitas, mas é bom olhar para trás e ver que estamos construindo um caminho próprio", emociona-se a coordenadora do Distrito Sanitário de Nova Contagem, Ângela Parrela.

Um presídio no horizonte

O bairro do Estaleiro faz parte da região mais pobre de Nova Contagem. É uma área de invasão, com ruas de terra, topografia



Foto: Ângela Parrela

Presa à cama, dona Edna recebe cuidados da agente comunitária de saúde

acidentada e casas simples. As construções parecem que são vivas, passando por estágios que começam como casas de taipa, ganham paredes de tijolos, até chegar às casas de laje, o último estágio de construção do bairro. Nenhuma casa tem acabamento externo, dando ao conjunto um tom ocre dos tijolos nus. Possivelmente a mais pobre área de um distrito pobre, o Estaleiro tem uma visão privilegiada para a mais imponente construção de Nova Contagem, a Penitenciária Nelson Hungria. Muitas das famílias do bairro se mudaram para lá para ficar mais perto de seus parentes presos. A penitenciária faz parte da paisagem física e emocional do Estaleiro.

A unidade do PSF do Estaleiro divide espaço com um botequim. Tem até uma porta que de um lado tem o cartaz de prevenção à aids e, do outro, a propaganda de uma marca de cerveja. O espaço foi cedido pelo dono do bar e depois alugado pela prefeitura. É uma unidade simples, com quatro salas e uma pequena cozinha. Como a expansão do PSF está se dando de forma muito rápida no município, as equipes têm preferido alugar e reformar casas do que esperar o processo de construção de unidades, que é mais demorado. No dia da inauguração da unidade, ao ver a casa pintada (o que é raro na região), uma moradora comemorou: "O progresso chegou no Estaleiro. Ficou da mesma corzinha dos postos de saúde do centro da cidade."

"As mulheres querem ser ouvidas, muitas vezes uma conversa é melhor que muitas consultas".

A enfermeira da equipe do PSF do Estaleiro, Maria Célia Ferreira Danese, já trabalhou com o programa em Assis (SP) e Passos (MG). Foi ela quem preparou todo o terreno para a entrada da equipe no bairro, inclusive desenhando o primeiro e único mapa que o Estaleiro já teve. Experiente em vários terrenos, Maria Célia já foi professora universitária, trabalhou na assistência e hoje se dedica a ajudar a organizar o distrito. Líder natural, caminha pelas ruas do bairro atendendo chamados de todos os lados, muitas vezes pedidos de conselhos pessoais. "As mulheres querem ser ouvidas, muitas vezes uma conversa é melhor que muitas consultas. Neste lugar, com todas as dificuldades, elas vivem suas alegrias e dores. E têm seus sonhos."

Maria Célia conhece o bairro como ninguém. O levantamento da área foi feito com métodos etnográficos, reconhecimento de lideranças e registro da história oral narrada pelos moradores mais antigos. O resultado foi o retrato de um bairro sem esgoto, ônibus ou escolas, com muitas igrejas e bares. Angústia e suas curas possíveis (algumas das dores e alegrias de que falava Maria Célia). Cerca de 80% da população vêm do Norte de Minas para cima, como muitos baianos e cearenses, não se sabe porque. Muitas famílias têm parentes presos, quase sempre o marido ou companheiro. "E é neste cenário que ocorrem os grandes dramas e os grandes amores, resguardados por estas casas sempre

Foto: Ângela Pires



Maria Célia Danese: "A comunidade vive seus grandes dramas e grandes amores"

A figura do cuidador doméstico é praticamente desconhecida dos serviços de saúde.

por acabar", filosofa Maria Célia. A enfermeira, talvez por sua experiência em outras cidades, sabe que o coração do PSF está com os agentes comunitários de saúde, o que não parece ser a tônica na visão de outros profissionais do município. Não é incomum na equipe se falar mais de "médico de família" do que de "equipe de saúde da família". E Cecília tem como provar seu ponto de vista, já que pesquisou junto à comunidade qual era a figura mais reconhecida pela população. "Deu 20 a zero para os agentes", contabiliza.

A enfermeira gosta de pesquisa. Sua dissertação de mestrado teve como tema "O usuário de psicofármacos num Programa de Saúde da Família e suas representações do serviço de saúde e da religião". Célia despertou para o assunto ao perceber que, faltando o suporte oficial, as pessoas tendiam a buscar o sobrenatural. A conclusão, na linha da etnoenfermagem, é que os profissionais precisavam mudar de atitude, não apenas de abordagem. Partindo da noção de cidadania, Maria Célia Danese foi atrás dos valores e dos saberes populares para ver onde estava o erro dos serviços de saúde. "Uma comunidade não é tábula rasa, ela tem uma cultura que precisa ser resgatada", defende.

Talvez, por se preocupar tanto com a cultura, Maria Célia Danese tenha encontrado tanta identificação com o PSF, já que o programa trabalha "fundamentalmente com mudanças culturais", como ela mesma sintetiza. Um exemplo típico da abertura para as mudanças, que está no cerne do PSF, pôde ser constatado na visita domiciliar a Edna dos Santos, moradora do Estaleiro, de 45 anos, que cuida da mãe, Carmen dos Santos, presa à cama por uma série de derrames. Logo na chegada, Edna recebeu a equipe com críticas. Ela estava com o pé quebrado e se locomovia com dificuldade. Tremia muito ao derramar suas queixas, sobretudo ao médico da unidade. "Sou analfabeta, mas depois de um ano e quatro meses cuidando da minha mãe aprendi a não chamar o médico sem necessidade. Sei que dona Carmen é difícil, mas não abuso da boa vontade de ninguém".

Dona Edna seguiu reclamando muito das demoras em ter atendidos os seus chamados, dos medicamentos que não faziam mais efeito e da secura do médico com a mãe. Célia ouviu tudo e garantiu que levaria as reclamações adiante, que tudo seria averiguado. Aproveitou para examinar a paciente, conferir a medicação e dar orientações sobre a fratura de dona Edna dos Santos. "Fiz questão de mostrar este caso porque ele está sendo um desafio para nós. A figura do cuidador doméstico é praticamente desconhecida dos serviços de saúde. São mulheres que largam tudo, perdem contato com o mundo e se concentram heroicamente em cuidar de seus parentes com amor e dedicação. Hoje nosso contato com essas pessoas é diário, conhecemos seus dramas e temos que nos preparar para atendê-las bem, inclusive dar suporte emocional. É uma grande carga que elas carregam", avalia. A próxima proposta que Maria Célia vai apresentar à coordenação do PSF é um trabalho específico para o cuidador. "São, na maioria das vezes, mulheres que têm demandas que não conhecemos bem".

Maria Célia não releva as falhas. "O que disse era verdade, tudo é levado até a equipe e investigado". Mas ela garante que é preciso não ser radical e colocar em funcionamento um certo jogo de cintura. "Já passei por muitos serviços e sei que o ritmo aqui está bom. Se tivéssemos mais instrumentos seria melhor, mas temos o básico, de boa qualidade, e a valorização da clínica é que deve conduzir a assistência. Na linha de frente a clínica é soberana", afirma. Os cursos de capacitação, na avaliação da Maria Célia, são a alternativa para os profissionais técnicos se sentirem mais seguros no trabalho.

Maria Célia é a madrinha do Esporte Clube Estaleiro, que treina num campo de várzea próximo à unidade de saúde da família.

"Se estou há cinco anos no PSF, sem parar, é porque acredito nele. É a saída que vejo para saúde pública no Brasil". Sempre aberta ao novo, Maria Célia Danese parece ser a consciência crítica permanente da equipe, em busca de aprimoramento e melhor relação com a comunidade. E o reconhecimento já veio: Maria Célia é a madrinha do Esporte Clube Estaleiro, que treina num campo de várzea próximo à unidade de saúde da família.

Um trabalho valoroso

O agente comunitário de saúde Fábio Rodrigues Frega tem 19 anos e já havia militado em grupos de jovens no bairro do Retiro, em Nova Contagem. Hoje ele integra a equipe de saúde da família e, juntamente com o médico Moacyr Cerqueira Junior, está acompanhando o primeiro caso de internação domiciliar da cidade. Daniela, de 7 anos, sofreu graves queimaduras de 2º grau em uma área extensa do corpo. A notícia chegou até a unidade de saúde através de uma

denúncia do Conselho Tutelar. Fábio foi até a casa de Daniela, investigou as causas e descartou a suspeita de negligência da mãe.

Depois de atendida por Moacyr Cerqueira, a mãe solicitou que Daniela não fosse internada, já que não teria como acompanhar os cuidados com a menina, uma vez que tinha outras 4 filhas para cuidar. A decisão pela internação domiciliar permitiu que a menina fosse tratada com todos os recursos, que a mãe não se afastasse das filhas e que a recuperação fosse ainda mais rápida. O clima na pequena casa de Daniela era de alegria, com as irmãs menores, Ivani, Vanusa, Vanessa e Emanuela, brincando o tempo todo ao som de um rádio que esgoelava uma canção romântica. Daniela recebe a visita da equipe todos os dias desde que foi examinada pela primeira vez há 15 dias, tem os curativos trocados e a medicação conferida.

"É um processo. Com o tempo as pessoas foram aprendendo a confiar, sabiam que seriam atendidas, que os profissionais estão trabalhando a semana inteira".

A mãe das garotas, Dalva de Souza Lima, não deve ter mais de 25 anos e está grávida do sexto filho. Ela faz o pré-natal (pela primeira vez na vida) na unidade e está inscrita no grupo de planejamento familiar. Fábio aproveita a visita para mostrar a horta da casa e contar, com orgulho, de um projeto que os agentes do bairro elaboraram sobre horta domiciliar. "Fizemos tudo e mostramos na reunião da equipe. Todos gostaram da idéia e agora estamos em negociação com os órgãos da agricultura para conseguir sementes e assessoria técnica", conta. Fábio faz questão de ressaltar o clima de cooperação entre todos os membros da equipe. "Aqui a gente conversa, troca idéias mesmo. Não tem aquela coisa de 'há há' e depois fica tudo igual. Nossa opinião é levada a sério".

O médico Moacyr Cerqueira já havia trabalhado como médico de família em Brumadinho e com internação domiciliar em Betim, cidades próximas a Belo Horizonte. Por isso não se assustou quando, no começo do trabalho em Contagem, se defrontava toda manhã com filas na porta da unidade. "É um processo. Com o tempo as pessoas foram aprendendo a confiar, sabiam que seriam atendidas, que os profissionais estão trabalhando a semana inteira. Os grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes) também, à medida que foram sendo formados, ajudaram a diminuir a pressão por consultas médicas", lembra .

"O que o PSF propõe é uma ação mais global, holística mesmo. A exigência é maior para todos os lados envolvidos, dos profissionais ao usuário, mas os resultados compensam. As pessoas estão habituadas a serem pacientes, a não participarem do processo de solução de seus problemas. Querem uma resposta pontual, tecnológica", explica Moacyr. Para ele esta transformação não é inovadora apenas para o usuário do sistema de saúde, mas principalmente para os profissionais. "A inversão de modelo é uma inversão profissional", compara. Moacyr é um campeão de parcerias. Tem trabalhado conjuntamente com o setor educacional, com as rádios comunitárias do bairro, com as pastorais e com as igrejas das mais diferentes confissões. Até com um grupo de capoeira local que, por iniciativa dos agentes comunitários, abriu espaço para o PSF, atraindo o público para as reuniões com rodas de capoeira e participando com a prática esportiva dos programas de combate às drogas.

"A exigência é maior para todos os lados envolvidos, dos profissionais ao usuário, mas os resultados compensam".

Na saída da casa de Daniela, depois de uma fotografia para a qual as meninas correram para trocar de roupa e pentear os cabelos, Moacyr avalia o acerto da internação domiciliar para o caso da menina. "A recuperação foi muito mais rápida do que seria em um hospital. Além de liberar um leito para outro caso, evita-se o risco da infecção hospitalar e do hospitalismo", avalia. O médico compara ainda a diferença de atenção: "Num hospital existe um profissional para vários casos; aqui é o contrário, a equipe inteira está voltada para uma única pessoa. Mas o principal é o lado humano; não há melhor remédio para uma criança do que o carinho da mãe e a companhia dos irmãos". Fábio aproveita para

Confira os números do presídio

- 740 detentos
- 12 pavilhões
- 36 suítes para encontros íntimos
- 24 alas de visitas
- 8 salas de aula
- 87 detentos têm famílias morando na região

emendar: "O nosso trabalho muitas vezes é cansativo, subindo e descendo morro, mas é muito valoroso e tem uma troca muito grande entre a equipe e a comunidade". O valoroso Fábio Frega se despede das cinco meninas chamando todas pelo nome.

Famílias atrás das grades

Uma das maiores peculiaridades do PSF em Nova Contagem é o trabalho com os presos da penitenciária de segurança máxima. Pode parecer exagero, mas esta é a clientela mais adscrita que se pode imaginar. E preso, é claro, também tem família que, no caso do presídio Nelson Hungria, mora muitas vezes nas imediações da cadeia. Segundo o cadastro realizado pela equipe do PSF, são nada menos de 87 famílias no bairro do Estaleiro que possuem parentes presos. Destas famílias, 65 têm o chefe da família atrás das grades.

A Penitenciária Nelson Hungria é uma verdadeira cidade. De acordo com dados oficiais, a capacidade inicial era de 1.020 celas individuais, divididas em 12 pavilhões, cada um destes com 85 celas. O presídio abriga infratores julgados e condenados a crimes superiores a quatro anos em regime fechado. Após a reforma da área física, transformou-se 263 celas em 36 suítes para encontros íntimos, 24 alas de visitas e 8 salas de aula e oficinas de profissionalização. Com isso, chega-se à atual população carcerária de 740 detentos. Atualmente, dois outros pavilhões passam por reformas para a instalação de um Núcleo de Saúde com 28 leitos e que deverá ser um centro de tratamento de presos portadores de doenças infecto-contagiosas.

A relação entre o PSF e a direção do presídio é mais uma obra do talento para aglutinar que Maria Célia Danese tem. Não era possível trabalhar em paz com a visão assustadora e imponente da penitenciária tomando a paisagem a todo momento. Além disso, não é possível, para quem convive proximamente com as famílias, desconhecer a relação social, econômica, afetiva e familiar que a instituição tem com a com comunidade como um todo e com as 87 famílias em particular. A primeira aproximação foi feita através da vacinação contra hepatite dos presos e dos funcionários do presídio. Logo a equipe passou a cuidar da saúde das mulheres que mantém encontros íntimos quinzenais com seus companheiros, fornecendo atestados e realizando trabalho educativo sobre DST e aids. O passo seguinte foi encampar os programas de controle da aids e hanseníase. Estão diagnosticados hoje 12 HIV positivos e 2 hansenianos, que têm sua medicação (poliquimioterapia) feita sob supervisão do PSF.

O diretor geral da penitenciária, Major Marcelo Álvaro de Toledo, diz que está abraçando "de bom grado" a atuação do PSF na instituição e em seus arredores. "O trabalho desta equipe ajuda a dar um pouco mais de tranqüilidade no presídio. E isso é um bem valioso para nós", admite. O diretor diz que tem apenas um clínico geral para atender todos os presos. Ele revela ainda que a doença que mais preocupa é a psiquiátrica. A ansiedade, a depressão são os grandes males dos regimes fechados, segundo Major Marcelo. "A maioria dos detentos é artigo 12 (tráfico de drogas) e muitos já moravam nas imediações ou suas famílias se mudaram para cá depois da prisão. Quando o preso sai, a família já está esperando".

E de família o PSF entende. E por isso está presente com sua concepção libertária na menos livre das realidades.

O presídio abriga infratores julgados e condenados a crimes superiores a quatro anos em regime fechado.

A primeira aproximação foi feita através da vacinação contra hepatite dos presos e dos funcionários do presídio.