ISSN 1518-2355

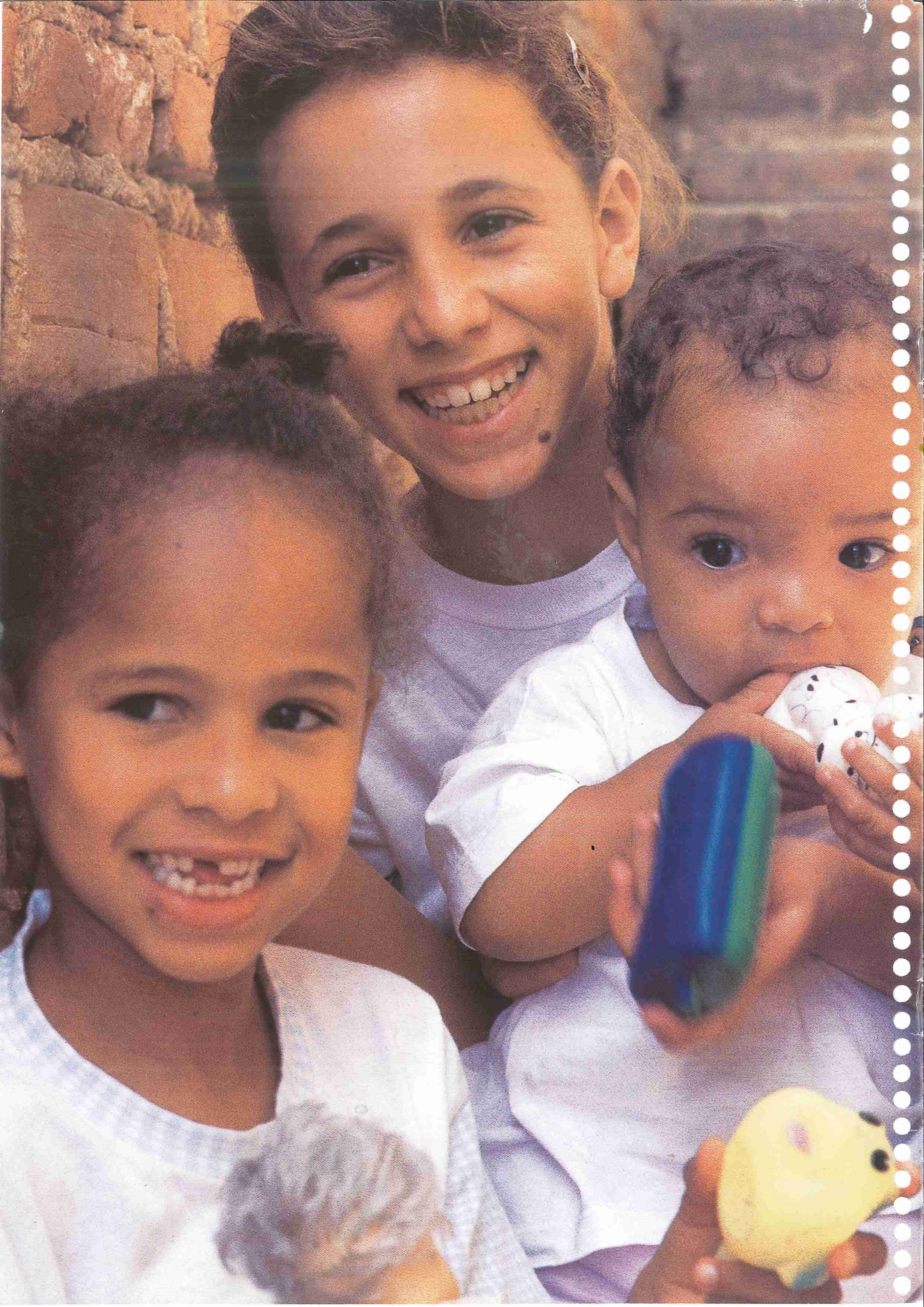
Revista Brasileira de

Saúde da Família

ano II nº5 Maio de 2002 EDIÇÃO ESPECIAL



50 MILHÕES
de brasileiros atendidos.



50 milhões
Programa Saúde da Família

EDITORIAL

Saúde boa e vida melhor para 50 milhões



O Programa Saúde da Família (PSF) acaba de atingir o marco histórico de 50 milhões de brasileiros sob acompanhamento de suas mais de 15 mil equipes. É uma população quase igual à de países como a Itália e a França; maior que a de países como a Argentina e a Espanha. É uma atenção humanizada, que desperta admiração internacionalmente e que se desenvolveu de maneira extraordinária a partir de 1998, quando o senador José Serra assumiu o Ministério da Saúde.

O melhor é que o PSF conhece, de verdade, cada um desses 50 milhões de brasileiros. Integrantes das Equipes de Saúde da Família vão regularmente às casas dessas pessoas, vêem de perto as condições em que vivem e, quando necessário, agem para vivam melhor. A vacinação das crianças, o pré-natal das gestantes, a situação dos idosos, a alimentação da família — todas as informações são anotadas, armazenadas em computador e atualizadas.

Nos municípios com boa cobertura do PSF, os indicadores de saúde da população apresentam grande evolução. Houve redução da mortalidade infantil, aumentou o número de gestantes e de recém-nascidos com acompanhamento médico, a cobertura vacinal melhorou, os tratamentos da hanseníase e da tuberculose foram concluídos, e os hábitos se tornaram mais saudáveis. Para comprovar o ganho para a saúde da população, estão em andamento pesquisas em algumas regiões.

Quando o cliente vai à unidade de saúde (ou recebe em casa a visita do médico, se necessário), ele não é visto apenas como uma ficha com nome e endereço. No Saúde da Família, o médico e toda a equipe conhecem a história pessoal e familiar de cada pessoa atendida. O PSF sabe com quem está falando. Exatamente por isso, nos quase 4 mil municípios onde o programa funciona, a atenção básica chega às pessoas antes que elas adoeçam ou que a doença se agrave.

Com o PSF, o Ministério passou a investir na saúde, em vez de investir na doença, como se fazia no passado. Especialmente a partir de 1998, os investimentos são crescentes e significativos: R$ 225,6 milhões em 1998, R$ 323,9 milhões em 1999, R$ 655,5 milhões em 2000, R$ 968,5 milhões em 2001 e R$ 1,3 bilhão previstos no orçamento de 2002. O Farmácia Básica, o Farmácia Popular, o Bolsa-Alimentação, os Pólos de Capacitação e uma série de outras ações fazem parte do investimento do Ministério da Saúde na atenção básica.

Nunca se investiu tanto em saúde, no Brasil. Ou, em outras palavras: foi preciso trabalhar sério e muito, para alcançar os 50 milhões de brasileiros que já recebem saúde pública de qualidade.

Barjas Negri
Ministro da Saúde

SUMÁRIO

50 milhões
Programa Saúde da Família



EDITORIAL
Saúde boa e vida melhor para 50 milhões de brasileiros que o PSF conhece pessoalmente
pág. 1



50 MILHÕES
Resultados dos investimentos feitos para reorganizar a saúde no Brasil
pág. 4

PSF: uma trajetória de desafios e conquistas



A partir da pág. 6, um histórico do PSF, de suas origens ao estágio atual. A partir da pág. 25, palavras de autoridades em saúde, sobre o PSF, e um texto sobre o financiamento do programa



Depoimentos

Profissionais e usuários falam do Programa Saúde da Família

pág. 34

O testemunho de quem vive o PSF

A partir da pág. 34, o testemunho de gestores, médicos, enfermeiros, usuários e agentes do PSF em Vitória, Londrina-PR, Arapiraca-AL, Brumadinho-MG, Campina Grande-PB, Olinda-PE, Curitiba, Cascavel-PR, São Paulo e Valença-BA



Reflexões

Textos de especialistas sobre fundamentos, estrutura, rumos do PSF

pág. 62

Como um conceito se transforma em realidade, aqui e no mundo

Na pág. 64, Daniel Acuña define o PSF como inovador. Na pág. 66, Claunara Schilling Mendonça, Luís Fernando Rolim Sampaio e Pedro Gilberto Alves de Lima escrevem sobre avanços, desafios e perspectivas do Saúde na Família. Na pág. 70, Francisco Eduardo de Campos, Mariângela Leal Cherchiglia e Raphael Augusto Teixeira de Aguiar fazem uma reflexão sobre desafios e oportunidades do PSF. Na pág. 74, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto e Tomaz Martins Junior explicam a razão da escolha da Estratégia Saúde da Família



50 milhões
Programa Saúde da Família

50 MILHÕES

No rumo da reorganização da saúde no Brasil

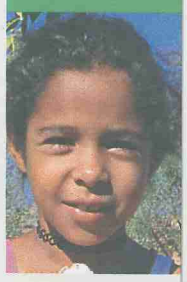
Criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) recebe tratamento prioritário do Ministério da Saúde desde 1996 e conta com verbas regulares e crescentes desde 1998, ano em que entrou em operação o Piso de Atenção Básica (PAB). Desse ponto em diante, com o então ministro José Serra, o PSF se converteu em base da política de reestruturação da saúde adotada pelo governo federal.

Em 1998, havia 3.083 Equipes de Saúde da Família (ESF) no Brasil. Dois anos depois, o número havia mais que dobrado, para 8.604 equipes. Evolução semelhante aconteceu com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), que tinha 79,6 mil agentes em 1998 e saltou para 135,3 mil em 2000. Mais dois anos, e chegamos ao início de 2002 com mais de 160 mil agentes, antecipando em um ano a meta de 150 mil agentes, prevista para dezembro de 2002. No PSF, as mais de 15 mil equipes existentes em maio apontam para a conquista da meta de 20 mil, até o final do ano.

Na implantação do PSF, o Ministério da Saúde entra com parcela expressiva do dinheiro, fornece os medicamentos básicos, garante parte dos equipamentos para as unidades básicas de saúde. Cabe ao município complementar o restante dos recursos e, principalmente, assumir a implantação e a operação do programa.

Mas a ação do Ministerio da Saúde não se limita a dar os meios para o PSF existir e funcionar. Em junho do ano passado, o Ministério iniciou uma avaliação meticulosa do trabalho executado em nove Estados; em março de 2002, iniciou a segunda etapa dessa avaliação, com o foco agora nos estados restantes.

Mesmo parcial, a avaliação indicou distorções e falhas que já estão sendo corrigidas, mas também constatou que é bem maior o número de acertos e virtudes a realçar e imitar, numa comprovação de que o PSF completa seu oitavo ano de existência com rumo definido — o rumo da reorganização do sistema de saúde no Brasil. É o que está demonstrado nas próximas páginas.





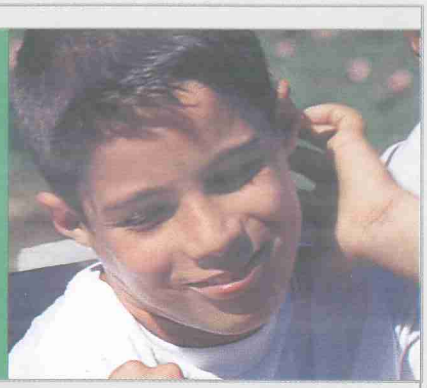
Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, maio 2002)

15.201 equipes em *3.948 municípios*

163.923 agentes em *4.914 municípios*

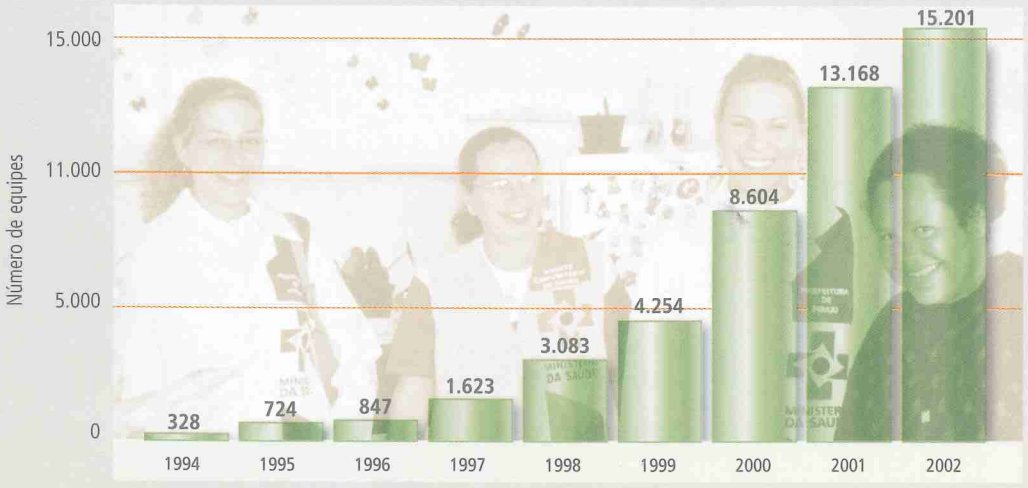
3.183 Equipes de Saúde Bucal em *1.751 municípios*

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB



Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas

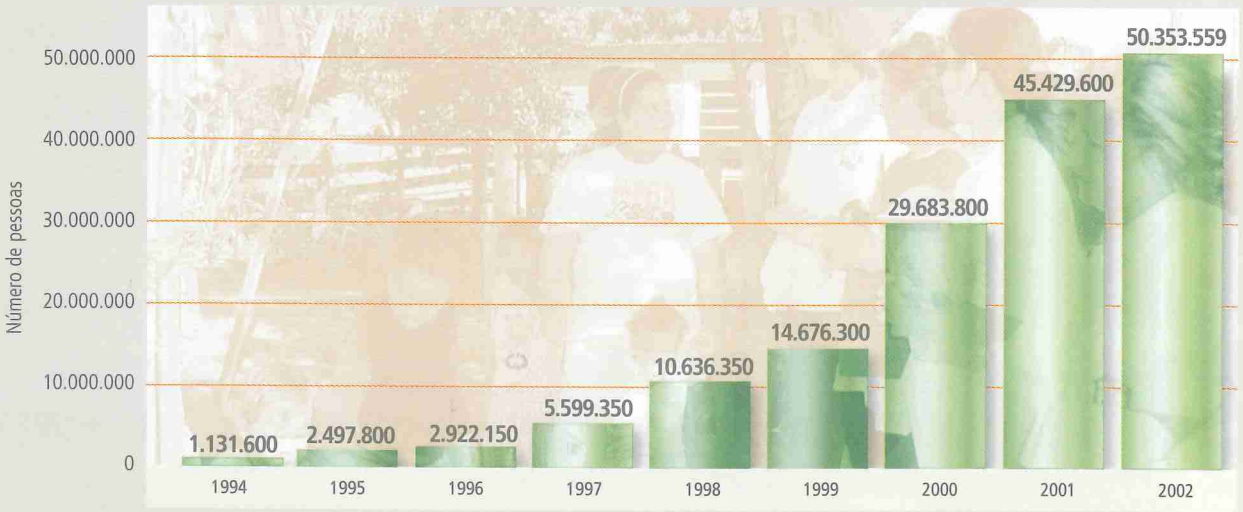
Brasil, 1994-maio/2002



Fontes: Até julho/01 – Sistema de Captação de Dados para Pagamento – CAPSI; a partir de agosto/01 – Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Evolução da População Atendida por Equipes de Saúde da Família Implantadas

Brasil, 1994-maio/2002

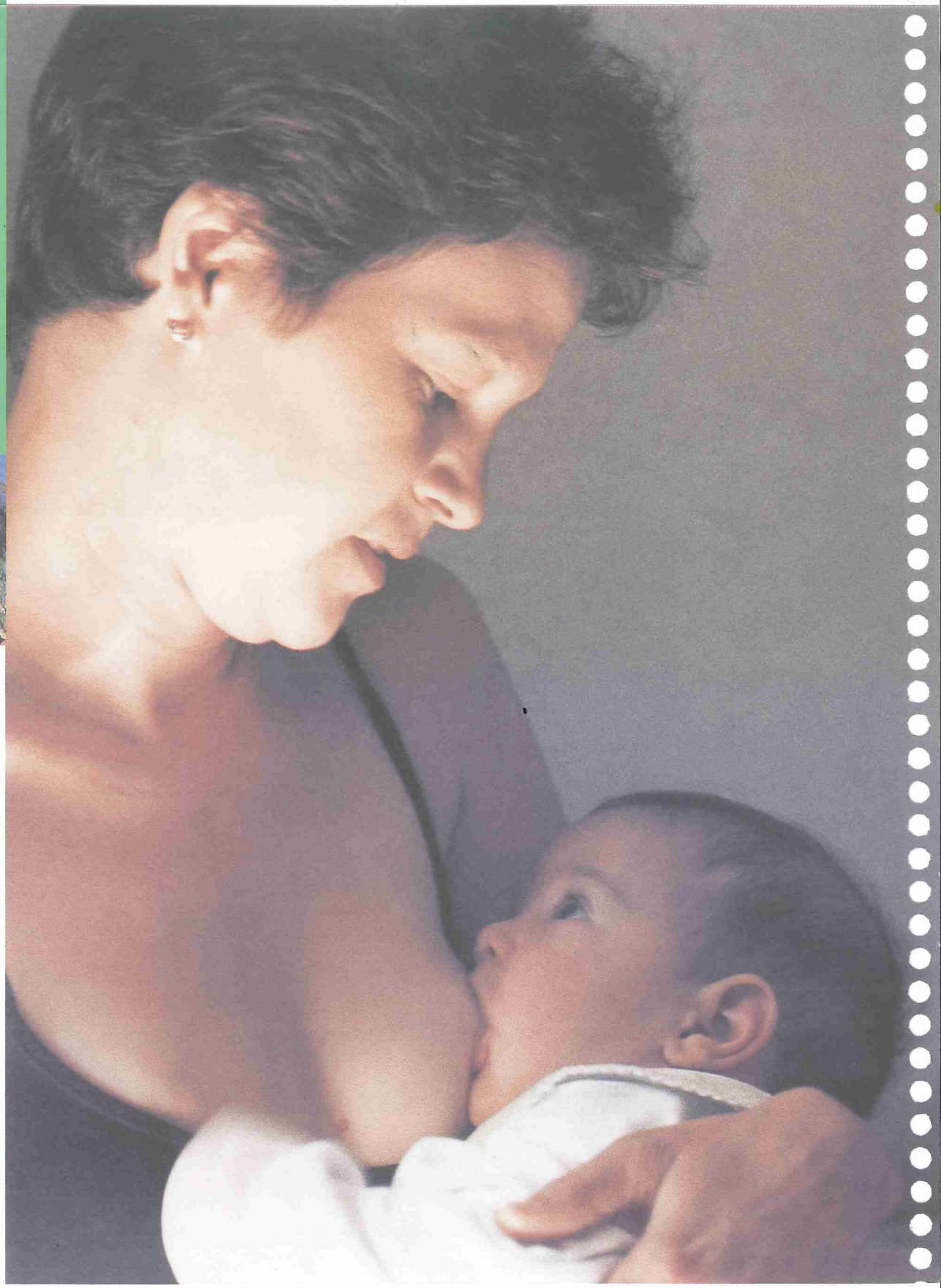


Fontes: Até julho/01 – Sistema de Captação de Dados para Pagamento – CAPSI; a partir de agosto/01 – Sistema de Informação da Atenção Básica —SIAB.

50 milhões
Programa Saúde da Família

50 MILHÕES





Desde os primeiros tempos do PSF, o ideal de criar um novo modelo para a atenção básica no Brasil



No Brasil, a idéia da prioridade à promoção da saúde ganhou força na década de 1970 e, na década seguinte, consolidou-se com o SUS

Desafios e conquistas do PSF

O que foi preciso vencer e consolidar, para chegar aos bons resultados atuais: saúde de qualidade a 50 milhões de pessoas em mais de 70% dos municípios brasileiros

Implantar o Programa Saúde da Família (PSF) e levá-lo a 50 milhões de brasileiros foi um desafio, nos últimos 8 anos. As origens do PSF estão nos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, que visavam substituir o modelo tradicional de saúde, baseado na valorização do hospital e da doença, por um novo modelo que prioriza a prevenção e promoção da saúde, com a participação da população.

Os princípios da atenção primária em saúde eram discutidos em movimentos internacionais, esboçados em conferências e experimentados em alguns países, inclusive na América Latina. Em comum, eles tinham a ênfase nos cuidados primários de saúde e a figura do agente de saúde, um novo ator social envolvido na prevenção das doenças e na promoção da saúde, que abria a possibilidade de estabelecer uma nova prática de saúde entre os serviços e a comunidade.

No Brasil, os anos 70 e 80 marcaram um processo longo de discussão sobre um novo paradigma para a saúde, colaboraram para a construção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. Inicialmente ligados a centro acadêmicos ou organizações não-governamentais, projetos localizados ajudaram a formar, para a saúde pública, um novo modelo que duas décadas depois está implantado em mais da metade dos municípios brasileiros, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população.

O PACS: A saúde chegando em casa

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991, para somar-se aos esforços voltados à redução dos graves índices de mortalidade infantil e materna na Região Nordeste. Nasceu, portanto, com uma clara focalização de cobertura e objetivos, considerando que essa região concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, mais exposta ao risco de adoecer e morrer.

As Secretarias Estaduais de Saúde da região foram convidadas pelo Ministério da Saúde para traçar as diretrizes para a formação de agentes comunitários. Em



50 MILHÕES



função de seu projeto bem-sucedido, o Ceará foi a referência das lições aprendidas para a adesão de todo Nordeste ao programa.

Normas e princípios foram estabelecidos para garantir o perfil necessário ao agente de saúde: ter pelo menos 18 anos, saber ler e escrever, ter liderança e ser morador de sua comunidade há pelo menos dois anos. Esses critérios prevalecem até hoje. A necessidade de residir na área onde o agente desempenha suas funções tem se fortalecido como condição essencial para garantir a identidade cultural indispensável para esse tipo de trabalho, além de valorizar as potencialidades locais e provocar a inclusão de lideranças comunitárias no desenvolvimento de uma política pública.

A seleção dos agentes comunitários atendia também a critérios específicos. Eles deveriam ser escolhidos no próprio município por processo seletivo que incluía uma etapa de entrevista, em que se buscava identificar e valorizar a qualidade mais importante para a função: o espírito de solidariedade, capaz de ajudar os moradores na conquista de mais saúde e melhor qualidade de vida.

As coordenações estaduais do PACS sempre desenvolveram papel fundamental para a implantação do programa. Deslocavam-se pelos municípios para discutir com gestores, conselheiros municipais de saúde e lideranças locais a incorporação dessa nova concepção de trabalho na atenção básica. Nesse período inicial, as Secretarias Estaduais de Saúde assumiam a coordenação e a própria execução do processo seletivo dos agentes, que incluía as fases de mapeamento dos municípios, divulgação e aplicação das provas e entrevistas. Com o avanço do processo de descentralização e municipalização, essa atividade foi assumida como atribuição e responsabilidade dos municípios.

A inserção do ACS no sistema local de saúde

Aos agentes comunitários era atribuída a responsabilidade de acompanhamento de 150 a 200 famílias, concentradas em uma microárea. Essa medida foi fundamental para fortalecer a importância dos princípios de vigilância à saúde e de responsabilização territorial. A implantação do PACS, nos municípios, estava condicionada ao cumprimento de algumas exigências:

- ter uma unidade básica de saúde à qual o agente comunitário de saúde estivesse vinculado;
- ter um profissional enfermeiro, que assumisse a função de instrutor/supervisor;
- ter o Conselho Municipal de Saúde implantado;
- ter o Fundo Municipal de Saúde criado e implantado, para receber recursos do Programa.

Essas condições foram fundamentais para:

- inserir o agente comunitário no âmbito do sistema local de saúde, com garantia de capacitação e supervisão, como condição para o alcance de bons resultados;
- fortalecer o movimento de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde.

Nesse cenário, o PACS contribuiu de maneira significativa para a interiorização de profissionais enfermeiros. Inicialmente, o programa esteve centrado nos pequenos municípios, que se caracterizavam pela precariedade dos seus indicadores e pela insuficiência de oferta e de organização de seus serviços. Muitos desses municípios não tinham nenhum profissional de saúde residente no local. Dessa forma, foi decisivo o envolvimento dos enfermeiros na implantação do PACS. A própria formação desses profissionais contribuiu para que se avançasse nas ações, que passavam a caracterizar-se como embrião de um futuro movimento de transformação do modelo assistencial.

As pedras no caminho

No final de 1991, início de 1992, o PACS estendeu-se em caráter de emergência para os estados do Norte do País, como estratégia de combate da epidemia de cólera que ameaçava a região. Nessa época havia menos de 20 mil agentes de saúde incorporados aos municípios.

O contexto precisa ser lembrado: era um período de ebulição do movimento pela descentralização e municipalização dos serviços de saúde, conforme estabelecia o SUS, e, portanto, cenário de muitos debates que evidenciavam a construção de consensos e explicitavam muitos conflitos, com inevitáveis reflexos no PACS.

Quando foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, eram preocupantes os índices de mortalidade infantil no Nordeste



A cada mudança política, marcada por troca sucessiva de ministros, retomava-se o debate, pois não havia consenso quanto a sua continuidade. Em 1992, a expansão do programa ficou suspensa por alguns meses e sua continuidade só foi garantida naquele momento em função da epidemia de cólera que ameaçava o País. Não havia fonte e mecanismo de financiamento que garantissem sustentabilidade ao programa. Só para exemplificar: era freqüente nesse período encontrar agentes que estavam trabalhando havia 6 meses sem receber seus salários.

Por outro lado, a rede de serviços continuava desarticulada. Os postos ou centros de saúde eram mal utilizados, as ações eram apenas curativas e os profissionais de saúde, também insatisfeitos, não tinham vínculo com a comunidade. Essa situação fortalecia a contradição com os princípios que conduziam o trabalho dos agentes comunitários.

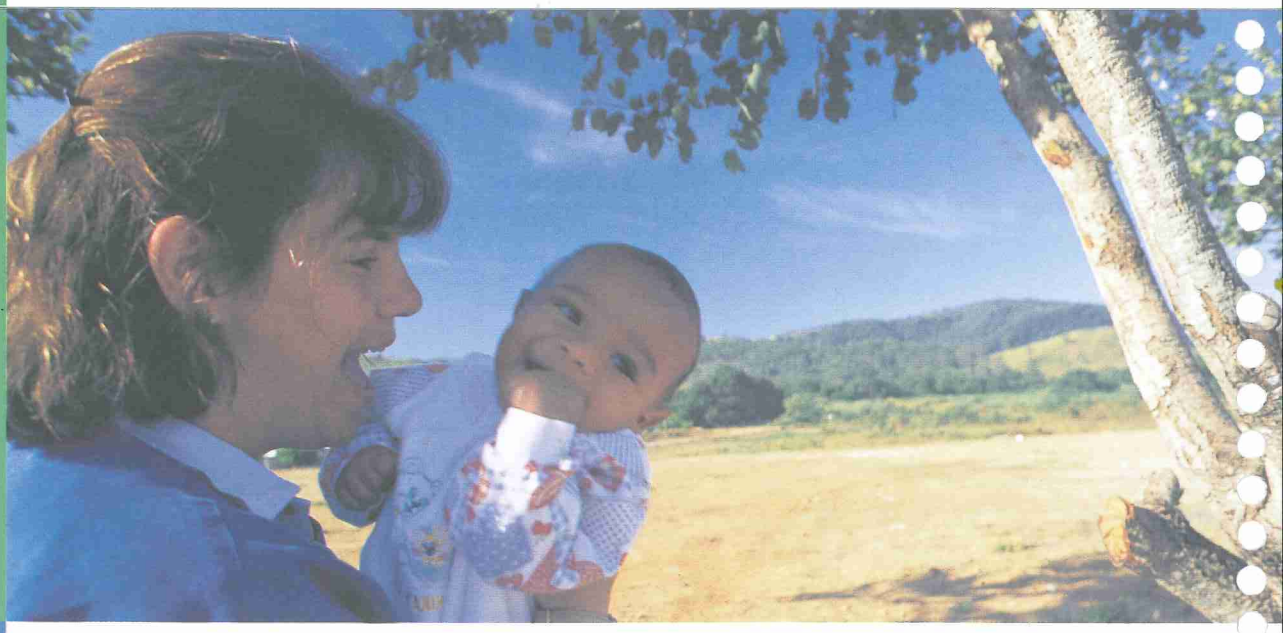
Havia ainda um conjunto de outros obstáculos, de cunho mais ideológico, que temia a caracterização do PACS como programa de utilização "eleitoreira", de perfil "neoliberal", de invasão de atribuições de outras categorias profissionais e de desqualificação das ações de saúde. O programa enfrentava, portanto, um período de muitas dificuldades.

É justo referir que, nesse período inicial de concepção e implantação do programa, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), desempenhou importante papel de defesa e fortalecimento de seus princípios.

Em 1993, na gestão do médico Jamil Haddad à frente do Ministério da Saúde, o PACS foi posto em xeque: ou seria reorientado ou abandonado. As experiências exitosas acumuladas pelo programa em diversos municípios (diminuição da mortalidade infantil, aumento do aleitamento materno exclusivo, melhoria nos indicadores de nutrição das crianças, aumento das taxas de cobertura da vacinação) e

O ACS passou a ser um valioso instrumento para retratar a realidade social de sua comunidade

50 MILHÕES





as medidas gerenciais tomadas em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde permitiram o redirecionamento do programa, com o propósito de corrigir problemas e valorizar suas potencialidades.

O agente comunitário de saúde passou a ser um elemento de identificação e de tradução da realidade social de sua comunidade. Além de trazer, para os serviços de saúde, números mais precisos das condições epidemiológicas de sua localidade, ele possuía como ninguém conhecimento da comunicação e da dinâmica de sua comunidade. Os vínculos começavam a ser reconstruídos. Em conseqüência, a pessoa atendida deixava de ser um número ou uma porcentagem das estatísticas oficiais, e ganhava nome, endereço, identidade.

Os agentes funcionavam como mediadores das necessidades da comunidade e das carências do serviço público. Rapidamente seu potencial foi reconhecido, o que fez crescer um forte movimento em seu favor conduzido pelos municípios e Secretarias Estaduais de Saúde.

Ainda em 1993, ocorre mais um passo importante para o fortalecimento do processo de municipalização dos serviços de saúde: é publicada a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS/93), que estabelece novos critérios para responsabilização dos municípios na gestão municipal. Era mais que necessário trabalhar para a implantação de uma nova estrutura de atenção básica, possibilitando otimização da rede com melhores resultados, com repercussões não só nos custos da saúde, mas sobretudo na qualidade da atenção ofertada às pessoas.

Uma nova estratégia estruturante

No final de 1993, na gestão de Henrique Santillo, o Ministério da Saúde iniciou uma discussão com municípios já engajados no PACS e instituições com experiências na reforma do modelo assistencial. Havia consenso a respeito das limitações do PACS como instrumento suficiente para provocar mudanças efetivas na forma de organização dos serviços básicos de saúde.

Havia, também, o reconhecimento da "crise do modelo assistencial", que precisava ser enfrentada para consolidar o processo de reforma iniciado pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que já expressava avanços significativos com a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde. Era necessário então criar instrumentos ou intervenções para a ruptura com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no País, traduzido como um *modelo centrado na doença*, concentrando suas ações e recursos para o tratamento ou abordagem restrita de riscos.

Um modelo que ainda se configurava como curativo, que privilegiava uma medicina de alto custo, exercida de forma verticalizada e acessível apenas a uma parcela restrita da população. Além disso, inviabilizava práticas intersetoriais coerentes com intervenções sobre os múltiplos fatores

O sucesso dos agentes comunitários, como programa inovador, e o próprio avanço das formas descentralizadas de operação da política de saúde funcionaram como pré-requisitos para a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família

Com o lançamento do PSF, em 1994, começa o esforço para levar a saúde para dentro das casas dos brasileiros e melhorar a qualidade de vida da população

que sabidamente eram determinantes do processo saúde-doença.

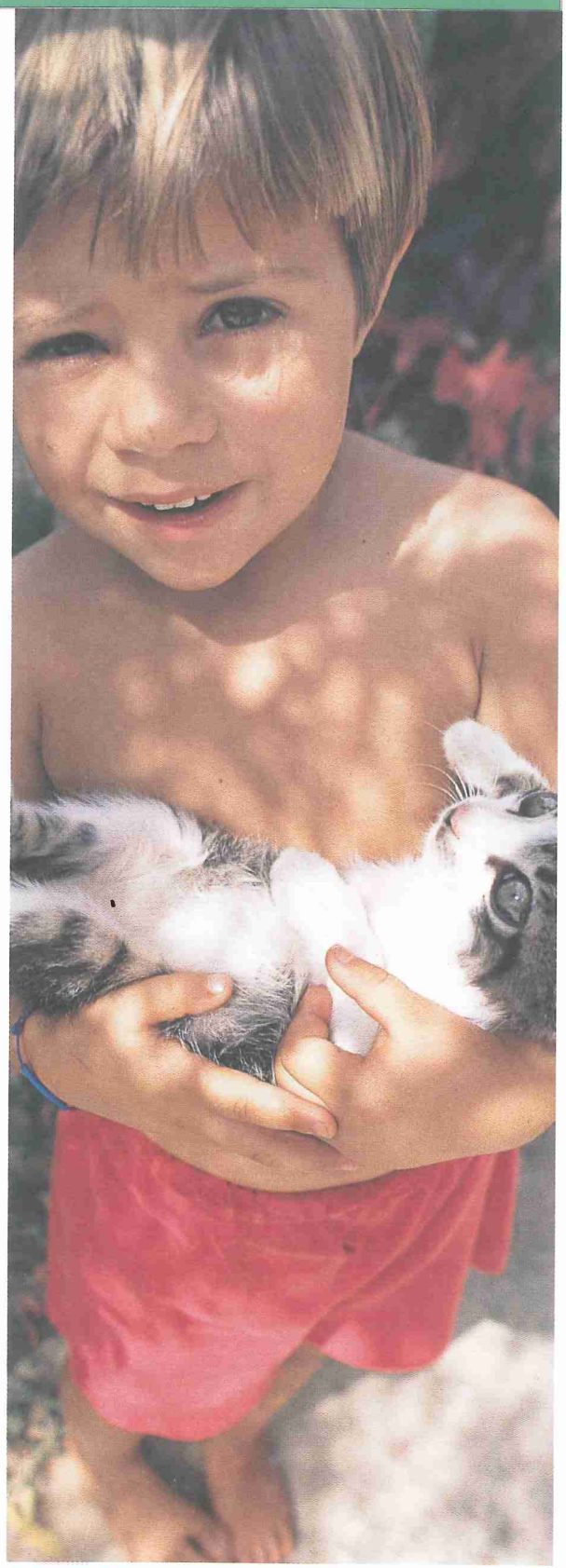
O reconhecimento da crise desse modelo suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas assistenciais propostas. Com esse propósito iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família (PSF), lançado em março de 1994. Era apresentado como a estratégia capaz de provocar mudança no modelo assistencial: romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto com a comunidade.

As unidades de Saúde da Família passariam a atuar através de uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Assim se assumia o desafio do trabalho em equipe, multidisciplinar, com responsabilização sobre um território onde vivem ou trabalham em torno de 4.500 pessoas, ou 1.000 famílias.

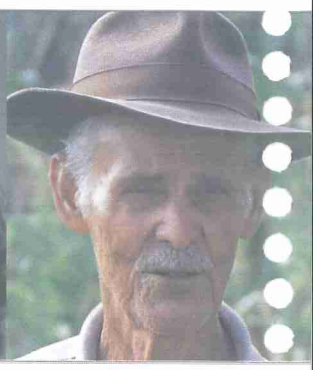
A definição de responsabilidade territorial e de adscrição de famílias, introduzida no PACS e ampliada no PSF, conferia ao programa uma característica especial na organização dos serviços: a potencialidade para resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população.

A Equipe de Saúde da Família assumia o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, em que a ação intersetorial era considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada.

Ao PSF foi então atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, mas propondo-se uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O PSF deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Daí seu potencial estruturante sobre o modelo, justificando a decisão do Ministério da Saúde, nos anos seguintes, de considerá-lo como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial.







50 MILHÕES



A NOB 96 fortaleceu significativamente a atenção básica, ao definir responsabilidades dos gestores municipais neste nível de complexidade do sistema e ao definir o PSF como estratégia prioritária para mudança do modelo assistencial

Mudança de um cenário desfavorável

O PSF não encontrou, no início de sua implantação, um cenário favorável ao seu fortalecimento. O processo de formulação não estava totalmente concluído e as condições necessárias para sua sustentabilidade não foram definidas de modo suficiente no âmbito institucional.

Não houve, concomitantemente ao início de sua implantação, definições concretas no campo do financiamento e da política de recursos humanos, pilares fundamentais para o seu desenvolvimento. Além dessas restrições, havia a própria resistência à implantação de uma proposta que confrontasse as formas tradicionais de organização dos serviços.

Em 1995, o PACS e o PSF passam a ser considerados, pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, projetos prioritários do governo federal. A atuação do ministro Adib Jatene contribuiu muito para firmar essa decisão. A gestão do programa foi inserida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde se iniciaram a definição e a construção das condições necessárias à sua sustentabilidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Financiar a saúde, em vez da doença

Pelo sistema de financiamento até então vigente, o município não tinha autonomia para gerir os recursos destinados à atenção básica, e o dinheiro que recebia da União era maior ou menor conforme a "produção" nas unidades de saúde, mediante um teto estipulado, que geralmente não retratava as reais necessidades de atenção da população. Os repasses para o PSF eram calculados de acordo com a quantidade de procedimentos ambulatoriais, de baixa e média complexidades, realizados no município.

Por isso, as Equipes de Saúde da Família não eram estimuladas a se dedicar à prevenção de doenças e às ações de educação nas comunidades. Em muitos casos, nem havia tempo para isso: se o médico ou a enfermeira deixassem de atender pacientes na unidade de saúde e passassem a fazer reuniões ou visitas domiciliares, o município receberia menos dinheiro da União. Na prática, continuava sendo priorizada a lógica da doença, e não a lógica da saúde.

As contradições geradas pelo PSF fortaleceram o debate em torno das modalidades de financiamento, potencializando a formulação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/96). Foi então criado o Piso de Atenção Básica (PAB), pelo qual todo município teria um valor específico repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, atribuído a cada um dos seus habitantes — um valor *per capita* — para viabilizar a atenção básica de saúde a toda a população.

O PAB apresentava também uma composição de recursos variáveis, sob forma de incentivos para ações e projetos prioritários, com destaque para o PACS e o PSF.

Os Pólos de Capacitação estão hoje implantados em todos os Estados, compondo uma rede de mais de 100 instituições de ensino superior



A NOB 96 fortaleceu significativamente a atenção básica, ao definir responsabilidades dos gestores municipais nesse nível de complexidade do sistema e ao definir o PSF como estratégia prioritária para mudança do modelo assistencial.

Com a implantação do PAB (fixo e dos incentivos) na gestão do ministro Carlos Albuquerque, o PSF passou a ter orçamento próprio, vindo a ser incluído no Plano Plurianual (PPA) do governo, em 1998. Essa medida certamente fortaleceu o movimento de adesão dos gestores municipais, expresso na curva de crescimento do programa a partir de 1998. A garantia de orçamento vinculado às metas de expansão foi a mais significativa expressão da priorização política dada ao PSF.

Qualificação de recursos humanos

A consolidação do PSF depende da existência de profissionais de saúde com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo. Esse "novo profissional" não estava disponível no mercado de trabalho porque historicamente não foi objeto de formação das nossas universidades, que estavam voltadas para o "abastecimento" do mercado de especialistas.

Para fazer frente a esse desafio, o Ministério da Saúde iniciou em 1997, com recursos do Projeto REFORSUS, a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o Saúde da Família. Os pólos representam o espaço de articulação de uma ou mais entidades voltadas para a formação e educação permanente dos profissionais de saúde. Essas entidades são vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integram em secretarias estaduais e municipais de saúde, para implementar programas de capacitação destinados aos profissionais de Saúde da Família.

Os pólos estão hoje implantados em todos os estados, compondo uma rede de mais de 100 instituições de ensino superior que dividem, com os gestores do Sistema Único de Saúde, a responsabilidade da qualificação dos recursos humanos necessários ao novo modelo de saúde.

1998, o PSF entra em sua melhor fase

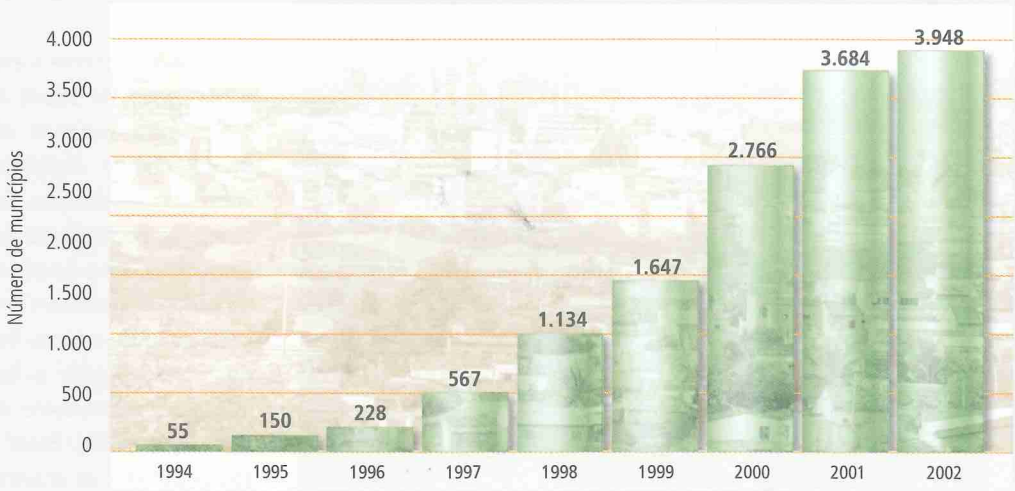
Ao assumir o Ministério da Saúde em março de 1998, o senador José Serra definiu o PSF como "a estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde". Para que o Sistema Único de Saúde funcionasse, ressaltou o novo ministro, "era necessária sua es-

50 MILHÕES



Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas

Brasil, 1994-maio/2002



Fontes: Até julho/01 – Sistema de Captação de Dados para Pagamento – CAPSI; a partir de agosto/01 – Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

truturação numa base municipal sólida, e o mecanismo para isso era a estratégia do PSF organizando a atenção básica".

As ações precisavam de fortalecimento para atingir, com qualidade, a meta de 150 mil agentes comunitários de saúde e 20 mil Equipes de Saúde da Família até o final de 2002. A Secretaria de Políticas foi reformulada, logo no início da gestão Serra, para se fortificar institucionalmente, assumindo a missão de agregar os esforços das diversas áreas técnicas e de intervenção programática para fortalecimento da atenção básica. Foi criado o Departamento de Atenção Básica com a determinação de consolidar a estratégia de Saúde da Família.

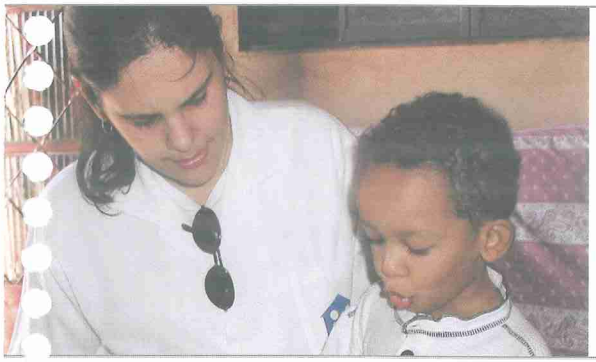
Mais recursos financeiros

Em 1999, de abril a maio, o Ministério da Saúde realizou uma Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família. Naquela ocasião havia cerca de 5 mil equipes em funcionamento e, diante da meta ousada de chegar a 20 mil equipes nos três anos seguintes, era preciso estar atento ao processo de implantação, para que oportunamente fosse possível identificar e corrigir eventuais problemas que pudessem comprometer os resultados esperados.

A avaliação feita no início de 1999 possibilitou a identificação das seguintes situações, que permitiram que o Ministro da Saúde tomasse decisões importantes:

Situação 1: Tendência de pulverização na implantação das equipes. Ou seja, muitos municípios se limitavam a implantar um número pequeno de equipes, o que era insuficiente para provocar a substituição das práticas tradicionais na rede básica e para criar impacto positivo nos indicadores de saúde.

Estratégia do Ministério: Mudança na lógica dos incentivos financeiros para implantação do PSF. Os valores, que antes eram fixos, passaram a ser classificados em nove faixas distintas. Quanto maior a cobertura populacional, maior o valor do incentivo. Em outubro de 1999, quando essa medida foi adotada, 27% dos municípios com o PSF implantado



Para neutralizar a tendência de pulverização na implantação das equipes, foi feita uma mudança na lógica dos incentivos financeiros

estavam enquadrados na faixa de cobertura de maior valor. Esse percentual, em maio de 2002, subiu para 60%. Isso demonstra que ocorreu ampliação da cobertura populacional no âmbito dos próprios municípios.

Situação 2: Insuficiência de equipamentos essenciais ao desempenho das equipes nas unidades básicas de saúde, o que poderia comprometer a resolutividade da assistência.

Estratégia do Ministério: Introdução de um incentivo fixo, pontual, transferido fundo a fundo, no ato de implantação de novas Equipes de Saúde da Família. O recurso deve ser utilizado para aquisição dos materiais e equipamentos básicos necessários ao bom desempenho das equipes.

No período de 1998 a 2002, por empenho pessoal do ministro, constata-se o importante incremento dos recursos orçamentários para o PSF, o que pode ser observado com detalhamento no texto da página 28 desta publicação.

Mais capacitação para as equipes

Ainda em 1999, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, o Ministério da Saúde realizou a pesquisa censitária "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF". Já em 2000 e 2001, por intermédio do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP/Unicamp, foi desenvolvida uma avaliação dos Pólos de Capacitação.

Esses estudos produziram importantes informações que contribuem no processo de tomada de decisões do Ministério da Saúde para o fortalecimento das ações de qualificação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Nesse sentido destacam-se as seguintes iniciativas:

- Ampliação da oferta de cursos de especialização e residência em Saúde da Família:

Em 2001

7 cursos de especialização, com 294 egressos

5 residências, com 72 egressos

Em 2002

42 cursos de especialização, com 3.027 vagas

24 residências, com 395 vagas

- Ampliação das instituições parceiras nos Pólos de Capacitação.
- Elaboração, publicação e distribuição de materiais instrucionais para apoiar as capacitações de profissionais. Entre as publicações editadas, destacam-se os dois manuais para educação a distância, respectivamente, de médicos e enfermeiros de Equipes de Saúde da Família, produzidos mediante parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS), da Universidade São Paulo, com apoio da Fundação Telefonica.
- Distribuição, a partir de fevereiro de 2002, de 6.385 kits de equipamentos para o treinamento a distância dos profissionais do Programa Saúde da Família de 3.383 municípios distribuídos pelos 26 estados e o Distrito Federal. Essa iniciativa faz parte do Projeto de Informação e Educação a Distância, realizado com recursos da ordem de R$ 42 milhões do Projeto REFORSUS. Cada kit, orçado em cerca de R$ 6,1 mil, é composto por equipamentos de mobiliário (arquivo, cadeira e duas mesas); informática (computador e impressora) e

Recursos Liberados pelo Ministério da Saúde para Capacitação de Pessoal do PSF

Ano	Valor Liberado (R$)	Tipos e Nº de Cursos	Total de Egressos
1998* a 2001	21.654.924,58	Introdutório p/ PSF – 1.592 cursos	44.156
		Área Temática** – 4.260 cursos	112.942
		Especialização – 92 cursos	3.588
		Residência – 27 cursos	404

** O ano de 1998 trabalhou-se com recursos alocados em 1997.*
***Área Temática inclui: ciclo de vida, mulher, da criança, Controle da Tuberculose e Hanseníase, Controle do Diabetes, SIAB.*
Fonte: DAB/SPS/MS.

50 MILHÕES



Se a cobertura de 50 milhões de brasileiros pelo PSF significa um verdadeiro "movimento de inclusão", a implantação efetiva das redes regionalizadas significará um passo complementar desse avanço: a garantia da integralidade na assistência

audiovisual (tevê de 29 polegadas e videocassete). No total, o Ministério da Saúde vai distribuir 51.080 equipamentos.

Provocar mudanças na graduação dos profissionais

Ao mesmo tempo em que se investe nos profissionais que já estão no mercado de trabalho, é preciso induzir mudanças ainda na graduação, para que os profissionais recebam formação adequada ao novo perfil de trabalho exigido. Por esse motivo, já na gestão do ministro Barjas Negri foi lançado, em 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed).

Com esse programa, o Ministério da Saúde estará apoiando, financeiramente, iniciativas de escolas médicas que estejam reorientando a formação de seus alunos, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial naqueles voltados para o fortalecimento da atenção básica. O Ministério já começa a preparar-se para avançar, nessa mesma linha, junto com outras áreas de formação em saúde, a exemplo dos cursos de enfermagem.

A interiorização dos profissionais

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) foi concebido com o objetivo de impulsionar a reorganização da Atenção Básica de Saúde no país e fortalecer o PSF em regiões que não conseguiram atrair médicos e enfermeiros por intermédio das prefeituras.

Criado por decreto presidencial de fevereiro de 2001, o PITS oferece incentivos financeiros e de formação profissional aos participantes. No primeiro ano foram contemplados 141 municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais. Atualmente 416 profissionais encontram-se em atividade no Programa.

Segundo normas e critérios definidos de portaria ministerial abril de 2002, o PITS está sendo ampliado, com 450 vagas para médicos e 371 vagas para enfermeiros.

A NOAS e o fortalecimento do PSF

A proposta de ampliação da Atenção básica trazida pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01) busca definir melhor as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. São elas:

- ações de saúde da criança;
- ações de saúde da mulher;
- controle da tuberculose;
- eliminação da hanseníase;
- controle da hipertensão;
- controle da diabetes melittus;
- ações de saúde bucal.

É necessário que cada município tenha serviços de atenção básica de qualidade e resolutivos, possibilitando a organização e otimização dos serviços de referência.

A implantação da NOAS possibilitará a construção das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, de acordo com os princípios do SUS. Esse é



Com o Promed, o Ministério da Saúde vai apoiar escolas médicas que reorientem a formação dos alunos, com ênfase no fortalecimento da atenção básica

um passo fundamental para a consolidação do PSF, porque assegurará a resolutividade necessária na atenção básica e a continuidade da assistência quando as situações exigirem maior nível de complexidade assistencial.

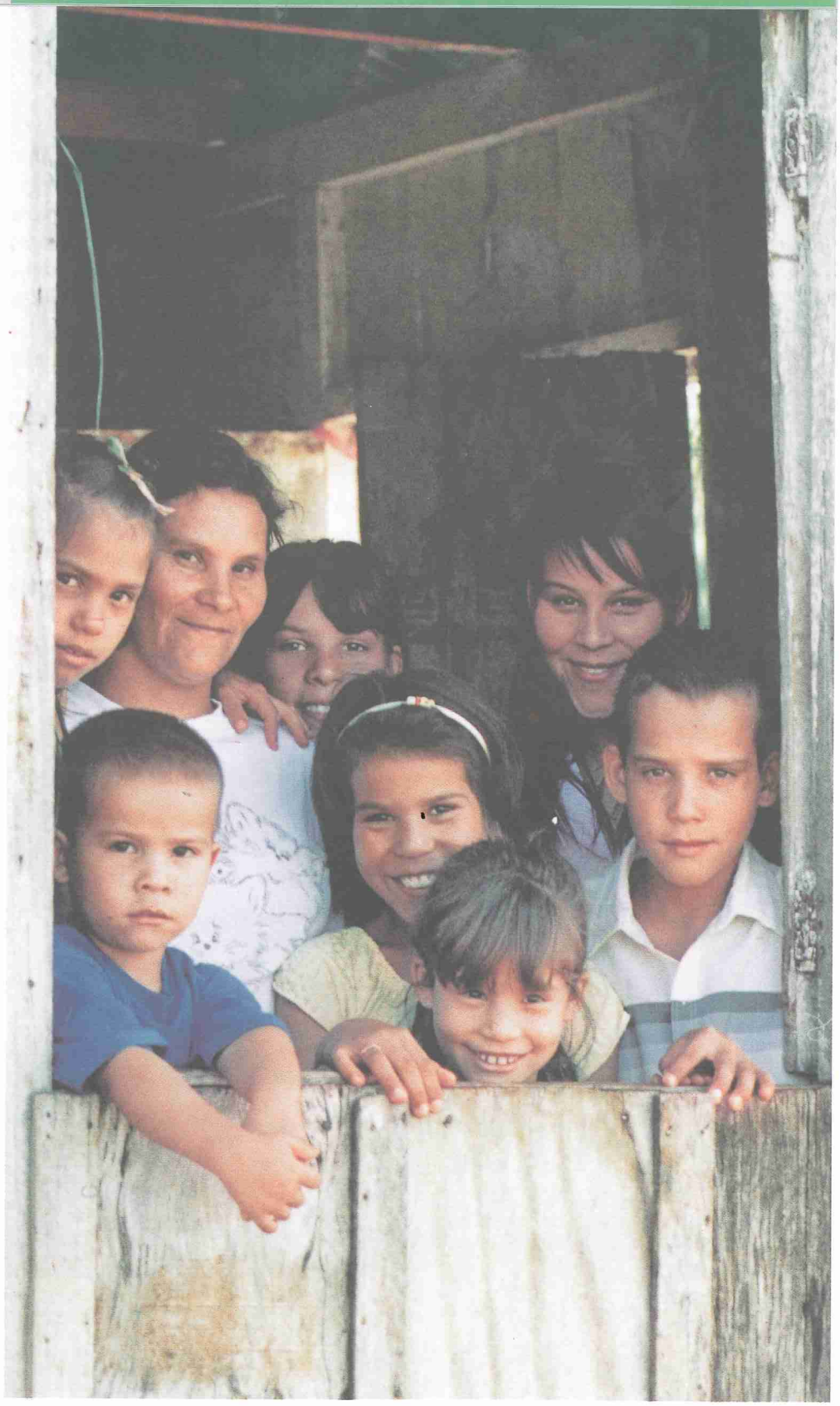
Se a cobertura de 50 milhões de brasileiros pelo PSF significa um verdadeiro "movimento de inclusão", a implantação efetiva das redes regionalizadas significará um passo complementar desse avanço: a garantia da integralidade na assistência.

Para o PSF ser resolutivo, o medicamento precisa ser garantido

Além dos recursos para aquisição de medicamentos básicos (incentivo à Farmácia Básica) que o Ministério da Saúde já transfere para estados ou municípios, foi iniciado em março de 2001, ainda na gestão de José Serra, o Programa Farmácia Popular, que todo ano agrega aos incentivos do PSF o valor de R$ 1,51 (um real e cinqüenta e um centavos) para cada habitante da comunidade acompanhada pela Saúde da Família.

Essa é uma ação voltada exclusivamente para as equipes do PSF. A cada trimestre o Ministério da Saúde envia para cada equipe, um kit com 32 itens de medicamentos necessários ao tratamento dos problemas de saúde mais freqüentes na população acompanhada.

- De março a dezembro de 2001 foram enviados 28.560 kits.
- 3.401 municípios foram beneficiados.



50 MILHÕES



A Saúde Bucal no PSF

Em 2001 o Ministério da Saúde abraçou uma nova causa: operacionalizar a incorporação da odontologia no Programa Saúde da Família, com a criação das Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Para isso definiu um incentivo financeiro anual de R$ 13 mil/equipe para municípios que montassem ESB compostas de um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário; o valor subia para R$ 16 mil/equipe quando a ESB incluía um técnico de higiene dental. Também foi definido um incentivo adicional de R$ 5 mil, que o município recebe com a implantação de cada ESB.

Mais de 160 mil agentes em ação

Os 10 anos do PACS foram comemorados em uma solenidade realizada no Recife, no dia 28 de janeiro de 2002, com a participação do então ministro da Saúde José Serra e do presidente Fernando Henrique Cardoso. O evento também festejou a marca de 150 mil ACS em ação (que em maio já ultrapassou a casa dos 160 mil), meta alcançada com um ano de antecedência. Já são mais de 90 milhões de brasileiros acompanhados, nos quase 5 mil municípios com o programa implantado.

Na solenidade foram homenageadas pessoas que trabalharam para a expansão do PACS durante sua existência. Também os ACS foram homenageados pelo relevante trabalho que desempenham, não somente como agentes de saúde, mas como verdadeiros agentes de cidadania.

No histórico dos 10 anos do PACS, um dia especial foi o 4 de outubro de 1999, quando o presidente Fernando Henrique Cardoso assinou o decreto que reconheceu a função dos Agentes Comunitários de Saúde como de "relevante utilidade pública".

Ainda na comemoração do décimo aniversário do PACS, foi dado mais um importante passo para a valorização desses trabalha-

Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal

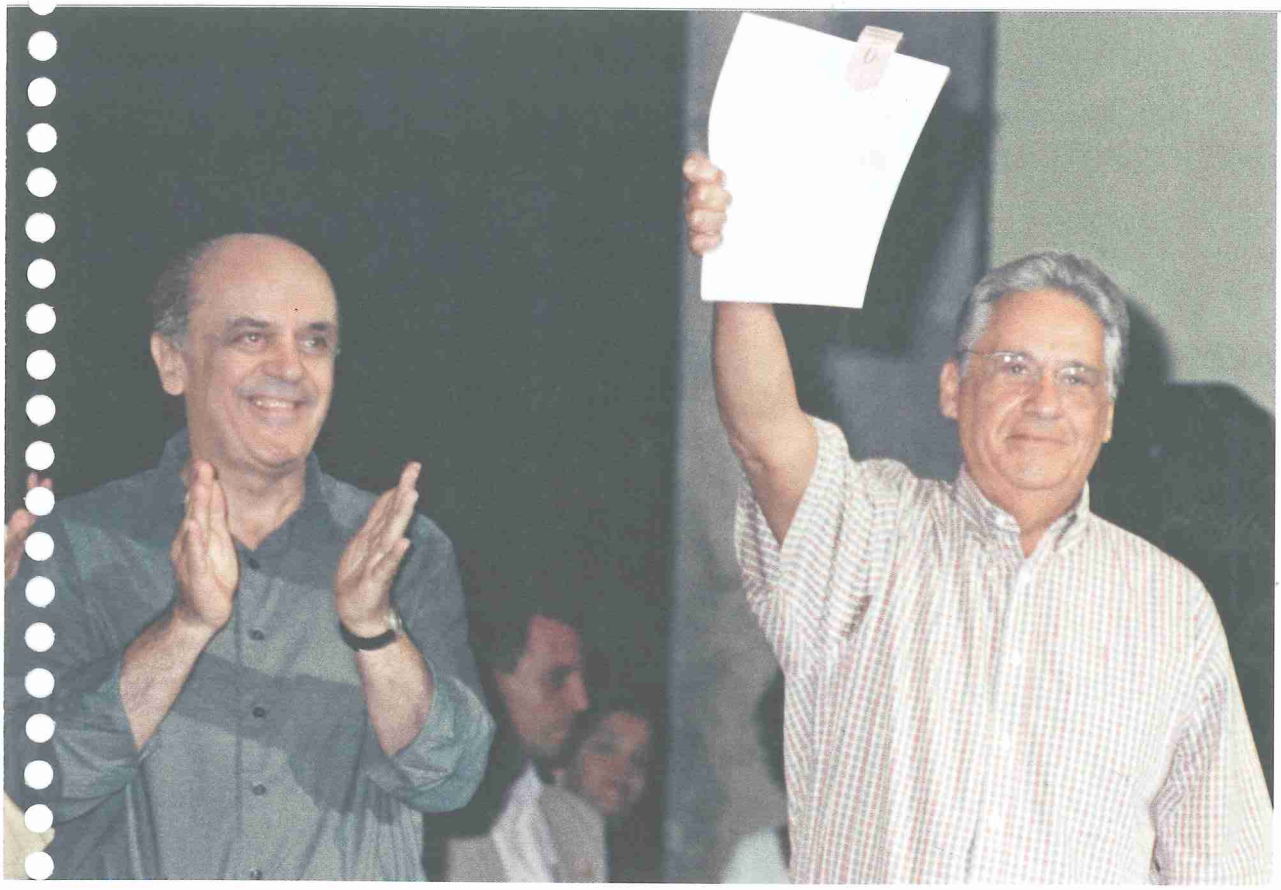
Brasil, março/2001-abril/2002



Fontes: Até julho/01 – Sistema de Captação de Dados para Pagamento – CAPSI; a partir de agosto/01 – Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Desde sua inclusão no Programa Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal tiveram crescimento acelerado

A criação da categoria de agente comunitário é um desejo que começa a tornar-se realidade, como foi anunciado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso e o então ministro José Serra em janeiro de 2002, no Recife



dores, com a assinatura, pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, da exposição de motivos para Projeto de Lei que foi encaminhado ao Congresso Nacional, criando a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

O projeto define as atividades inerentes aos agentes, os requisitos para o exercício da profissão e as suas respectivas atribuições. Além da valorização da atividade, a regulamentação em lei do trabalho do ACS é o mecanismo que assegurará uma uniformidade nacional de sua ação. Tais aspectos são fundamentais para a consolidação das qualificações específicas dos ACS, entre as quais está o requisito relativo à sua residência, que deve ser na área da comunidade em que irá atuar.

A regulamentação deve ainda contribuir para a definição de modalidades adequadas de contratação dos agentes comunitários, de forma que seus direitos sociais sejam garantidos e as características do perfil dos agentes sejam mantidas.

SIAB — ferramenta para monitorar, avaliar

Um programa abrangente e eficaz de atenção básica à saúde, num País de dimensões e diversidade como o Brasil, não seria possível sem um sistema de informação que revelasse sem distinções, por exemplo, a realidade social de uma família residente em Esperança, no interior da Paraíba, ou de uma família instalada em Florianópolis, capital de Santa Catarina. Por isso o Ministério da Saúde colocou à disposição dos municípios e estados o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), instrumento que possibilita o acompanhamento e avaliação das ações e serviços realizados pelas Equipes de Saúde da Família.

O SIAB apresenta dados e informações relacionadas ao cadastro das famílias e sua situação sociosanitária, à situação de saúde da população acompanhada em relação a programas prioritários e à produção de serviços da equipe.

No nível municipal, o gestor tem a possibilidade de avaliar os dados desagregados por microárea (área de atuação de um agente comuni-

O Ministério da Saúde colocou à disposição dos municípios e Estados o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), um instrumento que possibilita o acompanhamento e a avaliação das ações e serviços realizados pelas Equipes de Saúde da Família

50 milhões
Programa Saúde da Família

50 MILHÕES





Em seus 10 anos, o time do PACS já conta com mais de 160 mil agentes comunitários em ação em mais de 5 mil municípios, acompanhando a saúde de mais de 90 milhões de brasileiros

tário de saúde), área (conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma Equipe de Saúde da Família), segmento (conjunto de áreas contíguas), unidades de saúde (estabelecimento de saúde ao qual se vinculam uma ou mais equipes do PACS e/ou PSF) ou avaliar os dados agregados do município.

Para os gestores municipais e equipes do PSF, o SIAB significa a possibilidade de uso de informações confiáveis para programar ou reprogramar as ações locais. As informações sobre necessidades da comunidade, sobre a situação de saúde das famílias, sobre o cumprimento das metas estão disponíveis em tempo real. Isso dá oportunidade, aos gestores e aos profissionais, de tomar decisões em tempo oportuno e assim enfrentar melhor os problemas.

Outra grande vantagem é que as pessoas e os domicílios estão identificados de forma completa, abrangente. Não são apenas números que alimentam as estatísticas. São pessoas que estão sendo acompanhadas de perto, com vínculo, com responsabilidade e compromisso.

É importante também destacar que atualmente existem algumas dificuldades para operacionalizar o sistema. As mais relevantes estão relacionadas com a plataforma tecnológica utilizada. O programa cresceu muito, a base de dados tem um volume de informações maior do que era previsto inicialmente e, portanto,



Outra forma de analisar o desempenho dos municípios é o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, implantado a partir de 1999, como resultado de discussão e pactuação de metas para modificar indicadores de saúde

exige aperfeiçoamento do sistema. A Secretaria de Políticas de Saúde e o Datasus estão concentrando esforços para oferecer aos estados e municípios, uma alternativa para superação dos problemas identificados.

Pacto de Atenção Básica

Ao lado do Sistema de Informação AB, uma outra forma de analisar o desempenho dos municípios na execução das ações básicas de saúde é o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, implantado a partir de 1999, como resultado de discussão e pactuação de metas para modificar indicadores de saúde.

O Pacto representa um compromisso mútuo entre os representantes dos três níveis de gestão do SUS — Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde —, e nele cada um se compromete a promover melhoria nas condições de saúde e vida da população.

Em 2001, foram selecionados 17 indicadores para os municípios e 19 para os estados. Em 2002, os indicadores abrangem as sete áreas técnicas da Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS (saúde da mulher, da criança, controle de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial e saúde bucal) e indicadores mais gerais (cobertura do PSF, vacinação de idosos, visita domiciliar por família/ano e outros).

Resultados que podem ser comemorados

Como o Brasil é um país de dimensões e problemas enormes, a realidade ainda está longe do ideal. Mas os resultados já alcançados pelo PSF dão um bom motivo para comemorar. Nas áreas onde o programa está adequadamente implantado, é possível observar:

- diminuição do número de mortes de crianças por causas evitáveis;
- aumento da quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto;
- melhoria na atenção aos idosos;
- melhoria das coberturas vacinais;
- aumento do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão;
- identificação precoce e tratamento dos casos de tuberculose e hanseníase.

Avaliar para avançar

Nos dois últimos anos, o PSF tem crescido à média de mais de 300 novas equipes a cada mês, em todos os estados brasileiros. Ao mesmo tempo que entusiasma, esse crescimento levanta a dúvida: será possível controlar a qualidade do serviço prestado?

A resposta será afirmativa se houver agregação de esforços entre municípios, estados e Ministério da Saúde, para que a avaliação seja um processo constante e instrumentalizador para quem gerencia ou executa as ações do PSF.

Além dos estudos e pesquisas, do aperfeiçoamento do SIAB e do Pacto da Atenção Básica, o

EVENTOS QUE MARCARAM A TRAJETÓRIA DO PSF NO BRASIL

- *Novembro de 1998, em Brasília: 1º Seminário Internacional de Experiências em Saúde da Família*
- *Novembro de 1999, em Brasília: 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família e 1º Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família — Prêmio Saúde Qualidade Brasil, atribuído aos 10 municípios que apresentavam as melhores experiências de implantação e desenvolvimento do PSF*
- *2000: Dona Saúde Vai Entrar na sua Casa, campanha nacional informativa sobre o programa, veiculada intensamente nos meios de comunicação de alcance nacional*
- *Novembro de 2001, em Brasília: 2º Seminário Internacional de Experiências em Saúde da Família*

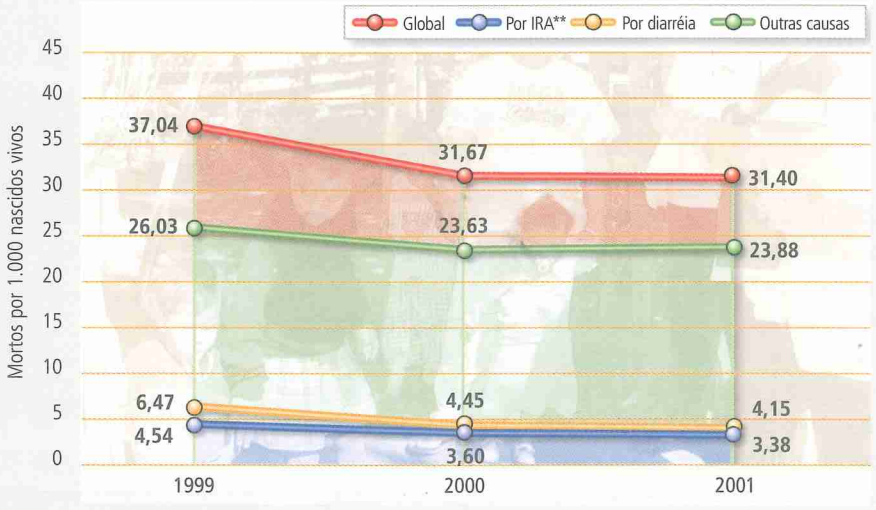
O impacto das ações e serviços oferecidos pelas equipes pode ser observado no acompanhamento, em especial, de gestantes e crianças menores de um ano. A redução da taxa de mortalidade infantil geral é contínua, bem como a taxa de mortalidade infantil por causas específicas, destacando-se as infecções respiratórias e as diarréias. O decréscimo de óbitos para os anos 1999 e 2000 foi de 14,49% nas áreas cobertas pelo PSF, enquanto no País foi de 3,58% para o mesmo período

50 MILHÕES



Taxa de Mortalidade Infantil Global, por Diarréia, IRA** e Outras Causas em Áreas Cobertas pelo PSF

Brasil 1998-2001*



*Dados preliminares, sujeitos a modificacões.
** IRA – Infecção Respiratória Aguda
Fonte: SIAB – Base limpa.

Ministério da Saúde iniciou em junho de 2001 o monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família. Em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, o Ministério vem realizando visitas aos municípios e entrevistas com as equipes para verificação de importantes aspectos de implantação do PSF, como os seguintes:

- adequação aos princípios propostos;
- situação física das unidades de saúde;
- condições e rotinas de trabalho das equipes;
- como se dá o acesso a serviços de saúde de maior complexidade (internações e exames especializados);
- composição das equipes.

Na primeira fase do monitoramento, que durou 6 meses, 104 pessoas recrutadas em diferentes estados percorreram 1.443 municípios e entrevistaram os componentes de 4.827 Equipes de Saúde da Família e 1.005 Equipes de Saúde Bucal. O trabalho abrangeu 100% das equipes dos nove estados visitados: Alagoas, Amapá, Goiás, Maranhão, Paraíba, Piauí, Paraná, Sergipe e São Paulo. A segunda rodada do monitoramento começou em março deste ano e percorre os outros 17 estados e o Distrito Federal.

O objetivo desse trabalho é nortear o rumo do PSF — a partir da análise dos dados levantados, insistir nas experiências que estão dando certo e corrigir as distorções que podem comprometer os bons resultados.

Grandes cidades, o desafio atual do PSF

Em seus primeiros oitos anos, a expansão de cobertura do PSF ocorreu de forma predominante nos municípios pequenos e de médio porte. O atual desafio do Ministério da Saúde é estender a cobertura do Programa aos grandes aglomerados urbanos. Esse desafio está sendo enfrentado e começa a mostrar resultados. Muitas capitais e municípios de maior porte já puseram em operação seus planos de substituição da rede básica tradicional pela estratégia de saúde da família, a exemplo: São Paulo, Belo Horizonte,

Teresina, Palmas-TO, São Gonçalo-RJ, entre outras.

As primeiras experiências confirmam as previsões de que a implantação/expansão do PSF nas grandes cidades tem dimensões e características especiais. Nessas metrópoles, existe uma concentração de oferta de serviços e de profissionais, organizados de acordo com um modelo de atenção que já demonstrou a sua ineficiência. A rede de serviços se caracteriza por hospitais e ambulatórios gerais, localizados em áreas, na grande maioria dos casos, distantes das moradias de seus usuários. A prestação de serviços é pautada pelos recursos existentes, em detrimento das necessidades da população.

Cobertura Assistencial no PSF

Doenças selecionadas e verificadas em 2001	Número de portadores
Tuberculose	9.292
Hanseníase	15.421
Hipertensão	2.015.789
Diabetes	472.964

Fonte: SIAB.

Média Anual de Visitas Domiciliares Realizadas pelos Profissionais do Programa de Saúde da Família

Ano	Média de Visitas
1999	13,28
2001	13,30

Fonte: SIAB.

Cada família recebe em média 13 visitas por ano. Ou seja, pelo menos uma vez por mês um profissional do PSF bate à porta de 50 milhões de brasileiros

Proporção de Crianças de até 4 meses com Aleitamento Materno Exclusivo e Crianças Menores de 1 Ano com Desnutrição Protéico-Calórica nas Áreas Cobertas pelo PSF

Brasil 1999-2001*



**Dados preliminares, sujeitos a modificacões.*
Fonte: SIAB – Base limpa.

Entre outros fatores para essa queda podemos destacar o aumento da proporção de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses e a diminuição da incidência de desnutrição protéico-calórico em crianças menores de um ano

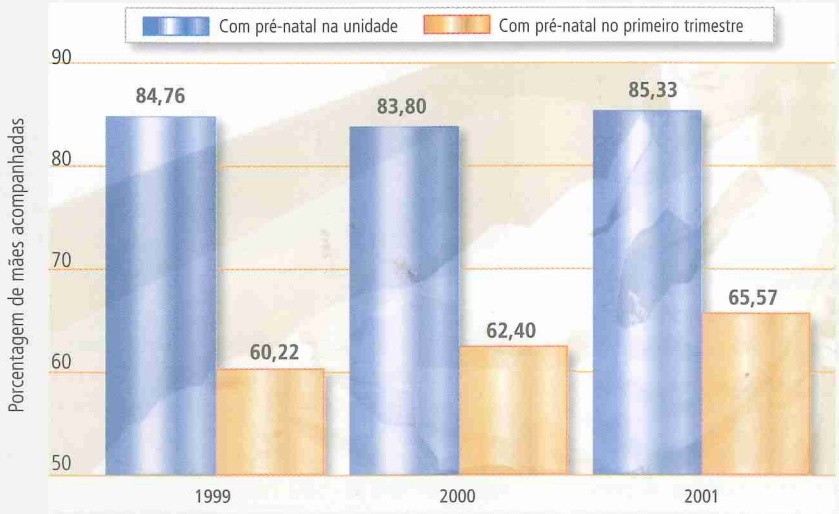
50 milhões
Programa Saúde da Família

Nas áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, é crescente nos anos analisados o número de gestantes acompanhadas que iniciam o pré-natal no 1º trimestre, bem como o de gestantes que realizam pré-natal na unidade de saúde. O Ministério da Saúde estimula o acesso aos serviços e à captação precoce da gestante, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que entre outras ações visa reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal



Proporção de Gestantes Acompanhadas com Pré-Natal na Unidade de Saúde e com Início de Pré-Natal no 1º Trimestre nas Áreas Cobertas pelo PSF

Brasil 1999-2001*



*Dados preliminares. Sujeitos a modificações.
Fonte: SIAB – Base limpa.

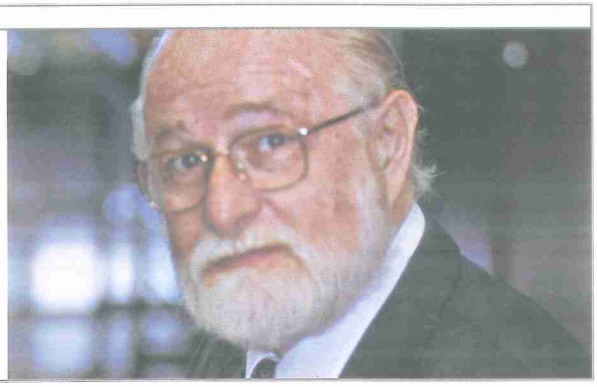
Para a implantação de um grande número de equipes do PSF e conseqüente ampliação de cobertura populacional nas grandes áreas urbanas, reorganizando a atenção básica, os incentivos financeiros são insuficientes, já que num primeiro momento de implantação há um incremento da demanda originária da porta-de-entrada, relacionada a serviços de média e alta complexidade. Os recursos financeiros também são insuficientes para investimentos associados à capacitação e gestão de sistemas mais complexos.

Nesse sentido, na gestão do ministro José Serra, foi elaborado um projeto de acordo de empréstimo internacional com o Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD); para viabilizar mais recursos financeiros ao PSF. Este projeto possui um componente específico para apoiar a conversão do modelo assistencial em municípios com mais de 100 mil habitantes.

Os outros componentes do projeto visam ampliar, para todo o país, as ações de capacitação das equipes e as atividades de acompanhamento e avaliação do programa. Este projeto será lançado oficialmente pelo ministro Barjas Negri nos próximos meses, e sua execução terá início ainda no segundo semestre de 2002.

Com providências assim, será possível vencer o desafio das metrópoles. Esta é realmente uma condição para que o PSF se consolide como eixo orientador da organização/reorganização do sistema de saúde, configurando o modelo de atenção básica e gerando rearranjos na assistência de média e alta complexidade.

Para o Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do Sistema Único de Saúde, o Programa Saúde da Família representa, no campo das políticas públicas sociais, um importante avanço em direção aos princípios estabelecidos na Constituição Federal: amplo acesso aos serviços de saúde, atenção integral, adequada às necessidades individuais e coletivas, com qualidade e resolutividade, para todos os brasileiros.



Jakobo Finkelman, médico mexicano, representante, no Brasil, da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde

O mais importante é a sinergia que o programa cria

Há três anos morando no Brasil, o médico mexicano Jakobo Finkelman, 58 anos, avalia o Programa Saúde da Família como uma das grandes experiências que poderá transformar – de baixo para cima – o atendimento da saúde pública no Brasil.

Representante, no Brasil, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), ele prepara o instrumental de avaliação do PSF. Por meio de um convênio firmado pelo Ministério da Saúde, a OPAS se comprometeu a dar a certificação para o PSF.

Finkelman deu as seguintes declarações para esta edição especial da Revista Brasileira de Saúde da Família:

"O programa Saúde da Família é um grande triunfo da saúde pública no Brasil. Aproxima os serviços de saúde de uma população que, muitas vezes, nunca viu um médico em sua vida. É um grande avanço em termos estratégicos, pois não se trata apenas do fornecimento de serviços médicos e clínicos. O mais importante é a sinergia que o programa cria para atender integralmente outras áreas, como a epidemiológica e a da prevenção da doença. Ao final, o produto é maior do que a soma individual das partes.

"O PSF promove a atividade de saúde em vários setores e assegura indivíduos mais sadios. Aborda principalmente a prevenção, que é o futuro da saúde. Permite fazer o atendimento de saúde de forma mais racional e eficiente, mas também de forma mais humana, o que beneficia não só a população, mas também o profissional. Isso não indica, no entanto, que todos os problemas de saúde no Brasil e no âmbito do próprio PSF estejam resolvidos.

"Temos de avançar na qualidade do serviço oferecido. O programa no Brasil cresceu em termos numéricos de forma muito rápida, principalmente em razão da demanda da população. A cada dia há mais equipes trabalhando em todos os recantos do País. Mas é fundamental garantir a qualidade dos serviços, o que exige um acompanhamento estratégico dos diferentes níveis do Sistema Único de Saúde.

"Nós, como OPAS, assumimos perante o Ministério da Saúde o compromisso de apoiar o programa com mecanismos de acreditação e certificação do PSF. Ainda estamos na etapa inicial, acertando a metodologia e os instrumentos de aferição. A OPAS tem a vantagem de ser um parceiro do governo brasileiro neste programa, mas com o grau de independência que garantirá um certificado de peso. O PSF é exitoso, mas tem muitos desafios pela frente: a necessidade de assegurar a continuidade das contratações de médicos e enfermeiros, garantir a permanência dos profissionais de ponta e a competência técnica dos serviços oferecidos. É preciso ter profissionais mais adequados à necessidade do programa, um profissional com capacidade resolutiva adequada para um atendimento básico.

"Em termos comparativos, o programa brasileiro é o mais ambicioso e abrangente da América Latina. Nós acreditamos que é o que transformará, de baixo para cima, o atendimento da saúde pública no Brasil."



Médico Fernando Cupertino, presidente do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, secretário de Saúde de Goiás

50 MILHÕES



A ruptura da prática do hospital como centro do universo da saúde

Ginecologista e obstetra, Fernando Cupertino começou a carreira clinicando na Cidade de Goiás, antiga capital do Estado de Goiás, e se comportando como um tradicional médico de família. Servidor da Secretaria de Saúde de Goiás há 18 anos, Cupertino foi nomeado secretário em julho de 1999. Para ele o Programa Saúde da Família é a grande alternativa para o avanço da saúde no Brasil.

Cupertino deu as seguintes declarações para esta edição especial da Revista Brasileira de Saúde da Família:

"O Programa Saúde da Família é a ferramenta da estruturação do atendimento na Atenção Básica à Saúde no Brasil. O programa restaura a relação afetiva entre o cidadão e os agentes de saúde e cria o novo médico de família. Desde o século XIX a medicina vem se desenvolvendo, mas nós enveredamos para o lado técnico e esquecemos o lado social da ciência.

"Os números mostram que a estratégia Saúde da Família é correta. A cobertura vacinal é um exemplo e vários países já nos procuram para conhecer nosso modelo. Outro ponto positivo é permitir uma remuneração condigna ao profissional, mas exigindo que ele se dedique integralmente à função. Em alguns municípios do Estado de Goiás, um médico do PSF ganha R$ 4,8 mil, felizmente mais que os R$ 4,5 mil que recebo como secretário de Saúde.

"Pagar melhor e exigir a dedicação por tempo integral (8 horas diárias) é uma estratégia acertada, pois a classe médica reclama da remuneração baixa e da necessidade de ter de trabalhar em vários locais. Mas isso é tudo? Não. Ainda há outras questões a serem superadas, como o vínculo de trabalhador. Hoje os médicos são nomeados, outros são contratados temporariamente, o que não garante alguns benefícios do trabalhador brasileiro. Temos de rever a forma de vinculação dos profissionais que atuam no programa, mas este é um processo e tenho certeza de que iremos avançar ainda mais.

"Em nossas universidades ainda não temos, de maneira sistemática, uma formação em que o aluno saia com o espírito voltado para o atendimento à saúde pública e ao Sistema Único de Saúde. No caso específico da medicina, nossas universidades formam médicos com determinada especialização, voltados para o mercado liberal e não para trabalhar no SUS, que é o grande filão de trabalho do futuro.

"Costumo dizer que no Brasil, como regra geral, o médico entende bem de doença e pouco de saúde. No Canadá, em determinado ano da formação, o aluno opta se vai se formar como médico de família ou se especializar. Nosso desafio, agora, é atrelar a questão da saúde à educação, oferecendo aos estudantes uma visão que não seja apenas a da utopia do mercado de trabalho liberal. Nunca no Brasil a saúde caminhou tanto quanto nestes últimos anos.

"Os conselhos de secretários de saúde, tanto estaduais como municipais, são os primeiros a admitir o avanço da saúde no País. Foi decisiva, nesse processo, a atuação do ministro José Serra e sua equipe. Com o Programa Saúde da Família, rompemos com a prática de que o centro do universo da saúde é o hospital."



Médico Sílvio Mendes, presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, chefe da Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Com o PSF, o acesso que a população brasileira nunca teve

Quando resolveu deixar de lado a atuação direta como médico e partir para a administração da saúde, o ortopedista Sílvio Mendes sabia que isso poderia atrapalhar sua vida pessoal, mas a luta por um sistema de saúde de mais qualidade justificou o esforço. "Digo sempre que o SUS é como uma revolução silenciosa no País, nenhum outro setor tem modificado tanto o próprio Estado quanto o SUS", afirma.

Sílvio Mendes cursou medicina no Recife e fez especialização em traumatologia em Ribeirão Preto-SP. Optou, no entanto, por voltar e clinicar em sua terra natal, Teresina, onde em 1994 assumiu a chefia da Fundação Municipal de Saúde, órgão gestor da saúde na cidade.

Sílvio Mendes deu as seguintes declarações para esta edição especial da Revista Brasileira de Saúde da Família:

"Dentro da construção do sistema público de saúde, uma das estratégias exitosas é o Programa Saúde da Família. O PSF acolhe as pessoas com o objetivo não só de curar, mas principalmente de evitar a doença. Esse aspecto para nós é fundamental. Do ponto de vista social e econômico, é melhor para o País, porque diminui custos: você não trata de doenças, que é muito mais caro, mas da prevenção.

"São muito importantes econômica e socialmente as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde desenvolvidas pelo PSF. No início, todos os municípios elegeram como prioridade assistir as populações de risco, as populações mais pobres, as da área rural, das vilas e favelas dos grandes centros urbanos. Agora o momento é de expansão.

"O PSF se destina a atender toda a população do Brasil. Ricos e pobres, dentro do direito constitucional que todos têm. O programa nos permitiu, também, descobrir uma realidade desconhecida. Ao ampliar o acesso, descobrimos muita gente que era diabético, hipertenso, tinha hanseníase, tuberculose, e não sabia. Num primeiro momento, os indicadores pioraram, parecendo contraditório. A partir de agora, identificada a realidade do País, nos locais onde há organização adequada, os indicadores ruins terão curva descendente.

"É um processo de promoção da saúde. Essa é a essência do PSF. O programa só é viável porque existe uma responsabilidade compartilhada, principalmente do Ministério da Saúde e dos municípios, no financiamento do processo. Mas há ainda um problema crítico: a necessidade de estabelecer regras para pagamento dos profissionais, respeitando-se os direitos trabalhistas.

"O incentivo federal é feito em 12 parcelas e o município que cumpre os direitos trabalhistas deste pessoal tem de pagar 13º salário, férias, obrigações. É preciso que municípios, estados e Ministério da Saúde definam com rapidez regras para que se cumpram esses direitos, porque, se o poder público não respeitar os direitos trabalhistas, quem vai respeitar?

"Mesmo com todas as limitações, o Brasil é o país que mais avançou em termos de acesso e qualidade dos serviços de saúde, tenho convicção disso. Os indicadores falam por si e pesquisas de avaliação que são feitas desde 1990 mostram que a população que usa o Sistema Único de Saúde tem uma avaliação melhor do sistema do que quem não usa."

Em busca da melhor fórmula para o financiamento

Luiz Renato Lima da Costa,
Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, Assessor do Ministro da Saúde



Valores mais altos e soluções mais eficazes marcam a evolução dos recursos destinados ao Saúde da Família

Os programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família têm tido crescimento extraordinário nos últimos anos. Em abril de 2002, temos em atividade mais de 160 mil agentes comunitários e 15,2 mil equipes de Saúde da Família em todo o Brasil. Isso é resultado da prioridade dada pelo Ministério da Saúde a esses programas. Essa prioridade pode ser atestada pelo crescimento contínuo dos recursos envolvidos. Em 2001, foram transferidos aos fundos municipais de saúde, e em menor grau aos estaduais, mais de R$ 880 milhões. Em 2002, apenas em abril, foram R$ 91 milhões — o que projeta para o ano recursos superiores a R$ 1 bilhão.

Desde seu início, tanto o PACS como o PSF contam com algum estímulo financeiro à sua implantação e manutenção. A forma desse incentivo passou por alterações ao longo do tempo em vários aspectos: a sistemática de repasse, as entidades envolvidas, a forma de alocação dos recursos ou o objeto. Sua evolução mostra o esforço em dotar os programas de instrumentos de financiamento eficientes, do ponto de vista gerencial, e coerentes com a filosofia de trabalho. O exame dessa história traz elementos que sem dúvida são úteis a outras ações e projetos públicos.

O primeiro instrumento de apoio financeiro utilizado pelo PACS foram os convênios, com o objetivo de auxiliar a manutenção dos agentes e as atividades de treinamento. Esses convênios eram realizados com os governos estaduais que, de diferentes maneiras, implantavam o programa em suas regiões. Havia ao menos um grande inconveniente: o grande trâmite burocrático, que torna o processo convenial lento e pouco adequado à implantação de atividades continuadas e em grande número, simultaneamente. Tampouco existe garantia de regularidade no repasse de recursos e facilidade de fiscalização do objeto.

Em 1993, foram introduzidos procedimentos específicos para o PACS na tabela do SIA/SUS, como forma de auxiliar no financiamento. No ano seguinte, o PSF também passou a utilizar esse sistema, paralelamente a convênios destinados a auxiliar na implantação do programa. O valor aprovado desses procedimentos, no ano





O Ministério da Saúde busca garantir ao PSF e ao PACS instrumentos de financiamento eficientes, do ponto de vista gerencial



de 1997, foi de R$ 130 milhões para o 027 (Atividade Exercida por Agente Comunitário de Saúde) e de cerca de R$ 32 milhões para os demais, 037 (Atividades Executadas pelo Profissional Enfermeiro do PACS, PISUS e PSF) e 045 (Consulta Médica Diferenciada).

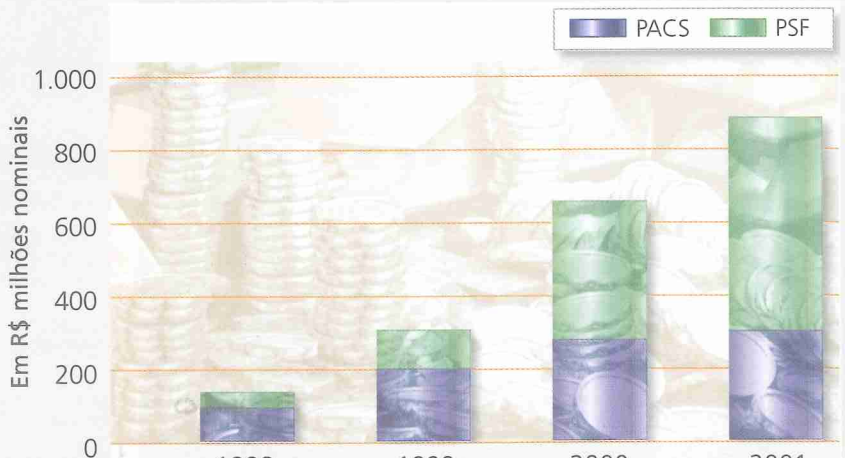
O financiamento por faturamento ainda não era considerado adequado por duas razões principais. Esse sistema não destinava recursos especificamente aos programas, uma vez que seu pagamento fazia parte do teto financeiro global. Em segundo lugar, o modelo era incoerente com a filosofia de trabalho do programa, uma vez que a remuneração se dava por procedimentos executados, desconsiderando as ações preventivas e de promoção da saúde.

Essas questões são revistas quando da elaboração da NOB 96. Nela foi previsto que o PACS e o PSF fariam parte dos incentivos da Atenção Básica, integrando-se à parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB). A proposta constante da NOB previa, tanto para o PACS como para o PSF, um incentivo crescente segundo a cobertura populacional alcançada no município, calculado como um percentual do PAB Fixo. No entanto, quando da implementação da NOB, em 1998, essa fórmula foi consideravelmente simplificada. Foi estabelecido um incentivo financeiro diferenciado conforme o valor per capita do PAB Fixo de cada município. O valor repassado para cada equipe variava segundo cinco faixas de valores per capita, indo de R$ 15 mil a R$ 21 mil anuais por equipe. Para o PACS foi fixado um valor único de R$ 1,5 mil anuais por agente. Outra importante alteração introduzida nessa ocasião foi a ampliação da utilização dos repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais, sistemática que dá maior agilidade ao fluxo financeiro, evitando alguns dos inconvenientes identificados na elaboração de convênios.

Apesar dos avanços alcançados no financiamento da Atenção Básica, surgem novas questões, novas demandas que apontam para a necessidade de uma nova revisão de seu modelo de financiamento

Evolução dos Recursos Fundo a Fundo para o PACS e PSF

Brasil 1998 a 2001*



	1998	1999	2000	2001
PACS	98.296	200.813	283.101	303.431
PSF	45.467	105.777	371.943	584.961

**2001, dados sujeitos a revisão.*

Fonte: SEIMS.



Essa nova fórmula, no entanto, teve curta duração. Já em junho de 1998, era substituída por valores fixos por equipe, independentemente do valor per capita do PAB Fixo. Foi fixado o valor de R$ 28 mil anuais por equipe e R$ 2,2 mil anuais por agente. Essa alteração representou um aumento de 47% nos valores destinados aos agentes comunitários; de 33% para as equipes das localidades de PAB Fixo mais baixo; de 87% nas de PAB Fixo mais alto. O financiamento passa então a estar vinculado unicamente ao número de equipes, deixando de estar relacionado à condição do município ou ao desenvolvimento do programa.

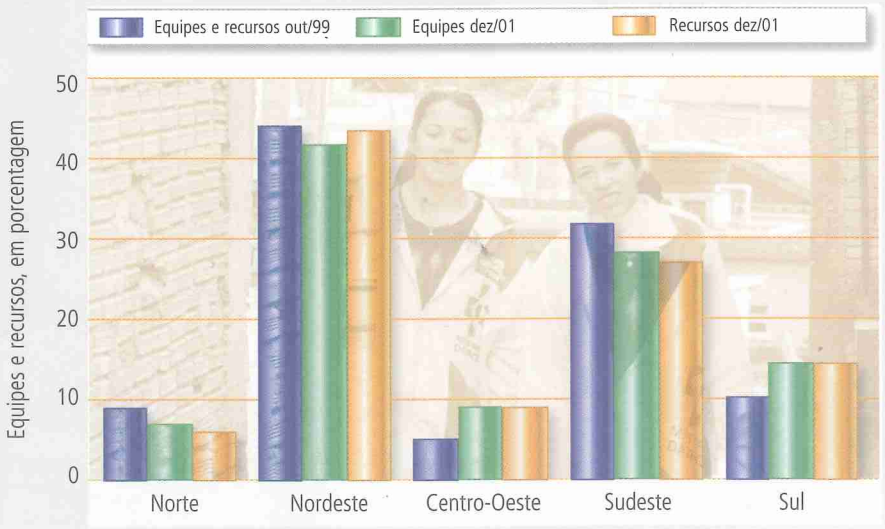
Em outubro de 1999, o PSF apresentou um desenvolvimento significativo, chegando a 3.897 equipes implantadas em 1.556 municípios, e o modelo de financiamento foi alterado. Visando o aumento da população coberta, foi retomada, de certa forma, a proposta original da NOB 96. As equipes passaram a ser remuneradas segundo uma tabela variável, crescente conforme a população coberta. No cálculo da cobertura foi considerado um número médio de 3.450 pessoas por equipe e os valores variam entre nove faixas, de R$ 28.008 a R$ 54 mil anuais. Teriam direito a esses novos valores os municípios que implantassem novas equipes ou já apresentassem cobertura igual ou superior a 50%. Voltou o auxílio à implantação do programa, sendo estabelecido o valor de R$ 10 mil para cada nova equipe implantada a partir dessa data.

O financiamento foi estendido a experiências similares ao PSF e para governos estaduais nos locais em que o município não pudesse executá-las. Foi introduzido ainda um incentivo adicional de R$ 10 mil para cada nova equipe implantada a partir dessa data, nos moldes do auxílio para estruturação das unidades existente anteriormente. No início de 2001 foi proposta a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica através da implan-



Distribuição Percentual de Equipes de Saúde da Família Implantadas e Recursos

Regiões, outubro de 1999 e dezembro de 2001*



*2001, dados sujeitos a revisão.
Fonte: SE/MS.

tação das Equipes de Saúde Bucal no PSF. Nesse caso o financiamento se dá por equipe e não por cobertura populacional, constando também, para o investimento em equipamentos, um incentivo de R$ 5 mil por equipe.

Esse último modelo é utilizado até hoje. O gráfico da pág. 5 apresenta a evolução das Equipes de Saúde da Família implantadas. Embora não seja possível atribuir unicamente ao sistema de financiamento a expansão do programa, pode-se perceber que sob essa última norma, a partir de outubro de 1999, o crescimento médio do número de equipes e municípios é o maior, desde seu início.

É interessante notar algumas características do desenvolvimento do PSF a partir da adoção do novo modelo. O crescimento no número de equipes se deu nos locais que já estavam integrados ao programa e pela entrada de novos municípios, 2.199 até dezembro de 2001. O número de equipes aumentou em 9.271. A Tabela 1 apresenta a distribuição dessa evolução. Dos municípios que estavam no programa antes da alteração no modelo de financiamento, a maior parte, 53%, aumentou sua cobertura, calculada segundo as disposições da Portaria nº 1.329/99. Dos que mantiveram o número de equipes, cerca de 40% do total, dois terços apresentam cobertura igual ou superior à metade da população. Apenas uma pequena parcela, 8% do total, reduziu ou desativou as equipes existentes.

A utilização de um valor médio de pessoas atendidas por equipe, para cálculo da população coberta, leva a que municípios de menor população alcancem mais facilmente os maiores níveis de pagamento. Quando se examina o nível de cobertura alcançado pelos municípios segundo sua população (Tabela 2), essa tendência pode ser observada. É interessante notar que em diversas situações, o recurso destinado às equipes supera o valor do PAB Fixo. Considerando-se a alocação regional de recursos, o novo modelo não alterou significativamente a distribuição, tanto do ponto de vista das equipes

como dos recursos (veja gráfico na pág. ao lado). As Regiões Nordeste e Sudeste, nessa ordem, continuam tendo a maior participação nas equipes financiadas pelo Ministério da Saúde.

O atual estágio de desenvolvimento e as perspectivas da Estratégia de Saúde da Família são bem diferentes, na comparação com alguns anos atrás, e certamente surgem novas necessidades e objetivos. Apesar dos avanços já alcançados no financiamento do Atenção Básica, surgem novas questões, novas demandas que apontam a necessidade de uma revisão de seu modelo de financiamento.

Por exemplo: Qual o volume de recursos adequado para o desenvolvimento e manutenção do PACS e PSF, diante das limitações orçamentárias e demais responsabilidades do Ministério da Saúde? A população coberta informada deveria ser um elemento a ser considerado na composição dos recursos ou isso poderia introduzir distorções? Alguma característica do município — número de habitantes, capacidade de arrecadação, qualidade do atendimento, densidade populacional ou integrar à região metropolitana — deveria ser considerada na definição do financiamento? De todo modo, o financiamento é um instrumento essencial de sustentação e direcionamento das ações de saúde e deve estar integrado e a serviço dessas necessidades.

Tabela 1

Municípios e Equipes Participantes do PSF em Dezembro de 2001

Segundo o número de equipes existentes em outubro de 1999

Evolução no Número de Equipes	Municípios	Equipes Implantadas	
		Out. 1999	Dez. 2001
Aumentaram	824	2.526	5.915
Mantiveram	621	986	986
Reduziram	40	284	210
Desativaram	71	101	0
Situação em Outubro de 1999	**1.556**	**3.897**	**7.111**
Novos Municípios	2.199	0	6.057
Situação em Dezembro de 2001	**3.755**	**3.897**	**13.168**

Tabela 2

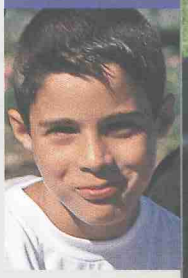
Distribuição Percentual dos Municípios com Equipes de Saúde da Família

Segundo a cobertura, por faixa de população, Brasil, dezembro de 2001

População em 1.000 Habitantes	Cobertura da População em Percentual								
	0 a 4,9	5 a 9,9	10 a 19,9	20 a 29,9	30 a 39,9	40 a 49,9	50 a 59,9	60 a 69,9	70 e +
até 5	-	-	-	-	-	-	-	1,5	98,5
de 5 a 10	-	-	-	-	4,8	11,1	11,0	13,4	59,6
de 10 a 20	-	-	4,4	11,0	7,6	5,9	9,2	10,2	51,8
de 20 a 50	-	4,6	17,2	11,5	9,8	9,8	9,2	9,3	28,6
de 50 a 100	6,3	9,6	16,3	16,7	10,4	8,8	8,8	8,8	14,6
de 100 a 500	14,3	13,6	21,1	16,3	15,0	5,4	5,4	3,4	5,4
de 500 a 1.000	18,8	25,0	18,8	18,8	6,3	-	6,3	6,3	-
1.000 e mais	25,0	25,0	33,3	16,7	-	-	-	-	-
Brasil	**1,1**	**2,1**	**6,1**	**6,4**	**5,9**	**6,5**	**7,1**	**8,3**	**56,5**

** Calculada segundo a Portaria nº 1.329/99.*

DEPOIMENTOS







Um painel do Saúde da Família, no relato de gestores, médicos, enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, um agente e usuários de vários pontos do Brasil

O testemunho de quem vive o PSF

O que acontece no dia-a-dia de uma Unidade Básica de Saúde? Como é para o usuário, na prática, o trabalho do Programa Saúde da Família? Que dificuldades e compensações existem para os responsáveis pela gestão do PSF num município?

Damos a seguir respostas a estas e outras perguntas, na forma de depoimentos prestados por quem vive a realidade do Saúde da Família.

"O PSF é um dos caminhos para atingir a democracia popular", comenta Moacir Severino Cerqueira, médico de uma equipe do PSF em Brumadinho, Minas Gerais.

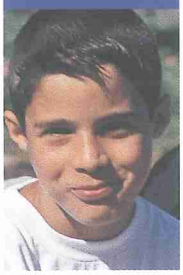
"Podemos não mudar tudo, mas estamos fazendo tudo para mudar", diz, por sua vez, a enfermeira Eliane Caminha, hoje no sertão pernambucano, em Custódia, e que ajudou a implantar o PSF na litorânea Olinda, onde sua filha Adriana é médica de uma Equipe de Saúde da Família.

"Ao invés de esperar pelo paciente nos postos, como fazem os sistemas tradicionais, as equipes saíram dos limites dos postos e foram às ruas buscar os moradores nas casas, fazer cadastramentos, conhecer a realidade das famílias, realizar diagnósticos por bairro e intervir nos problemas junto com a maior interessada, a população", conta o médico sanitarista Francisco Dias, secretário da Saúde de Vitória.

Londrina-PR, Arapiraca-AL, Campina Grande-PB, Cascavel-PR, Valença-BA, São Paulo e Curitiba foram outras cidades onde ouvimos personagens ligadas ao cotidiano do PSF. Veja nas próximas páginas.

Assim Vitória reorientou seu sistema de saúde

Cinema e literatura são as paixões do secretário de Saúde da capital capixaba — depois da Medicina, especialmente do Saúde da Família, que ele ajudou a implantar e expandir



Ao invés de atuar somente nos postos de saúde, as equipes foram buscar os moradores nas casas, conhecendo mais de perto a sua realidade

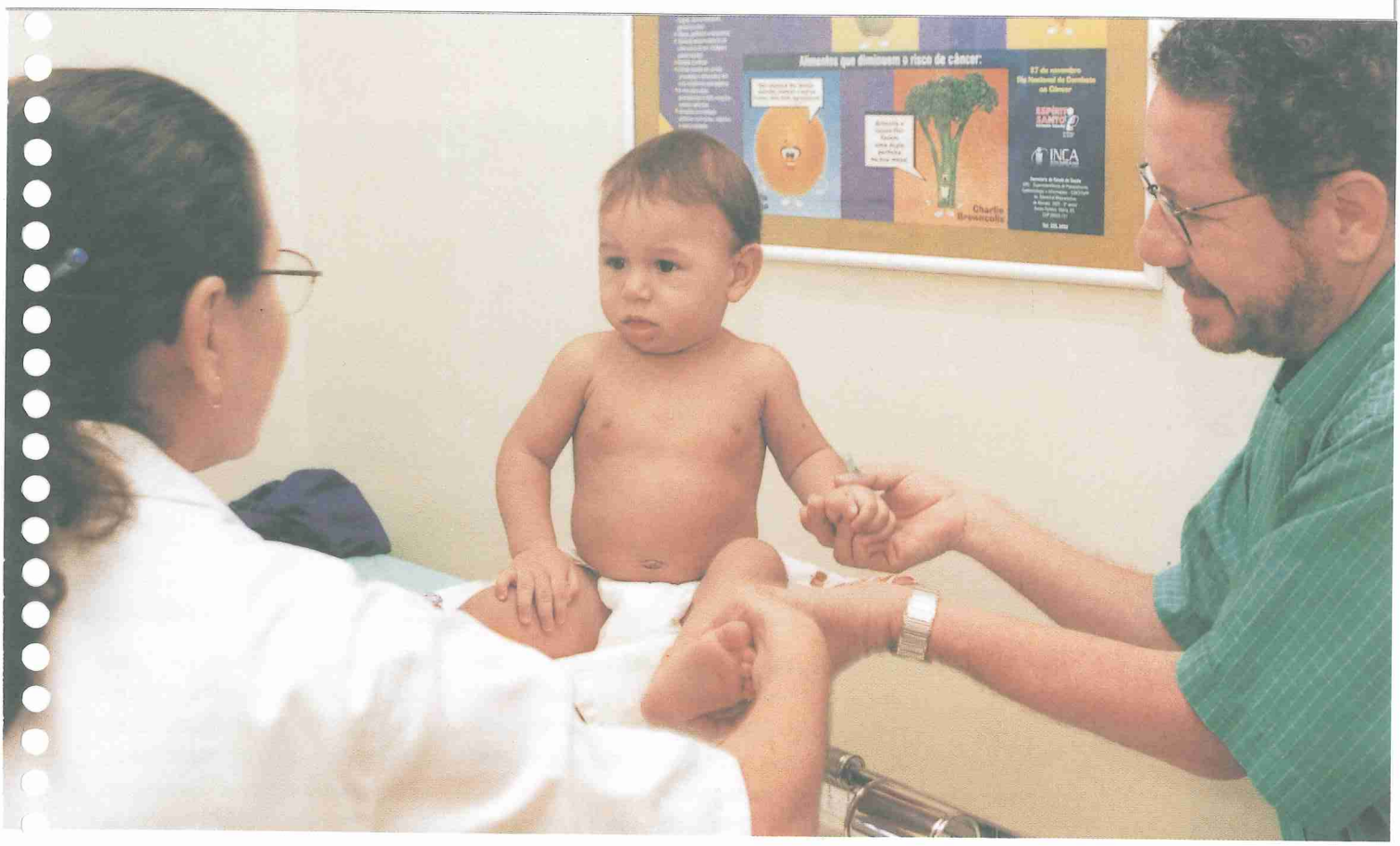
Vitória, capital do Espírito Santo, foi um dos primeiros municípios do Sudeste brasileiro a implantar o Programa Saúde da Família (PSF), em 1998, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde. Hoje, o PSF já atende 51% dos quase 300 mil habitantes do município, com perspectiva de chegar a 100% até 2004.

Por trás do comando da saúde municipal de Vitória está um médico sanitarista de 43 anos, casado, dois filhos, voz calma, apaixonado por pescarias, cinema e pela literatura latino-americana. Assim como se debruça sobre livros técnicos e relatórios médicos, Francisco Dias não dispensa a leitura de Gabriel García Márquez, Jorge Luís Borges e outros autores do continente.

Nos raros momentos de lazer, ainda é possível encontrá-lo nas salas de cinema alternativo, principalmente quando a programação inclui filmes europeus e orientais – nenhum, entretanto, capaz de superar o preferido *Blade Runner* (O Caçador de Andróides), ficção científica a que assistiu mais de 10 vezes.

Mas a maior parte do tempo Francisco Dias passa mesmo é dentro da Secretaria Municipal de Saúde (Semus), onde chefia uma equipe de 2.400 funcionários. Ele assumiu o posto de secretário municipal no último 2 de abril, quando o antigo titular da cadeira trocou o cargo por uma candidatura nas próximas eleições.

Com o PSF, a capital do Espírito Santo veio a registrar uma das menores taxas de mortalidade infantil do Brasil: 11,9 para mil nascidos vivos



Para Francisco Dias, a Semus não é novidade. Ele acompanha os trabalhos da pasta há quase uma década – primeiro, a partir de 1994, como assessor técnico; depois, nos últimos quatro anos, como subsecretário. A seguir, seu depoimento:

"Com Anselmo Tose, ajudei a promover uma reorientação do modelo de saúde no município, que culminou com a implantação do PSF. Ao invés de esperar pelo paciente nos postos, como fazem os sistemas tradicionais, as equipes saíram dos limites dos postos e foram às ruas buscar os moradores nas casas, fazer cadastramentos, conhecer a realidade das famílias, realizar diagnósticos por bairro e intervir nos problemas junto com a maior interessada – a população.

"A receptividade foi imediata. O PSF ganhou o respaldo de lideranças comunitárias, associações de moradores, cooperativas, igreja e outras instituições. Algumas reuniões nos bairros chegaram a ser marcantes, pelo elevado número de participantes. Numa delas, contamos 250 pessoas interessadas em discutir e resolver os assuntos relacionados ao sistema de saúde.

"Em Vitória, o PSF começou com cinco unidades e uma abrangência de 10% da população. De lá para cá, os números só vêm crescendo. No final de 2001, estavam cadastradas 45.565 famílias, ou cerca de 51% da população – um trabalho feito pelas 41 equipes do PSF na Capital, cada uma composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários.

"Na base desse trabalho está o agente comunitário de saúde, a quem cabe o papel de percorrer casa por casa para cadastrar moradores e coletar dados que definirão o perfil dos problemas e a forma de organizar o atendimento. Cada agente é responsável por 150 famílias, visitadas periodicamente para atualização dos fichários e encaminhamento para tratamento, quando necessário.

"Logo nos primeiros passos do PSF em Vitória, a preocupação era beneficiar os bairros mais carentes. Hoje, o programa começa a entrar em áreas nobres da cidade, com receptividade semelhante à que

DEPOIMENTOS





observamos na periferia. Também entre a população de maior poder aquisitivo, registra-se grande participação de associações e conselhos de moradores.

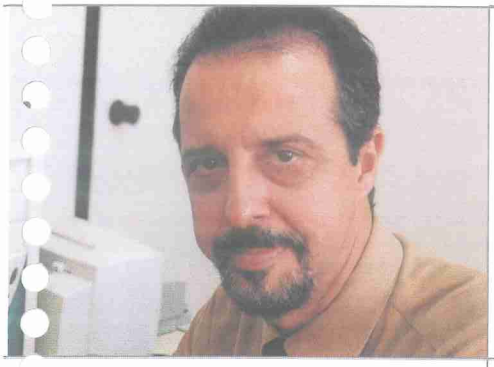
"Com a abrangência alcançada pelo programa nos bairros, houve uma reversão na tendência de os postos de saúde locais receberem mais moradores de fora do que os do próprio município. Antes do PSF, cerca de 70% das pessoas que procuravam as unidades da Capital vinham de cidades vizinhas, onde os serviços são precários. Atualmente, 90% dos atendimentos são de moradores de Vitória.

"A grande vantagem do PSF está na inclusão das pessoas que não tinham acompanhamento médico. Hoje, o poder público é que vai até o doente e tem a responsabilidade de assisti-lo. Como resultado, a cobertura vacinal e o acompanhamento pré-natal atingiram a marca de 100% nas áreas abrangidas pelo programa, sem falar na melhoria dos diagnósticos de tuberculose e hanseníase. No início do PSF, foram cadastradas 79 gestantes, 112 diabéticos, 459 hipertensos, cinco tuberculosos e sete hansenianos. Hoje, nossos registros apresentam 960 gestantes, 1.607 diabéticos, 11.643 hipertensos, 69 tuberculosos e 87 hansenianos.

"Avançamos, com certeza, mas os desafios ainda são muitos, a começar pela inadequação do perfil dos profissionais formados nas universidades. O sucesso do PSF depende de médicos generalistas e com uma visão social, o que é difícil de encontrar num mercado abarrotado de profissionais com formação apenas técnica e voltada para o modelo tradicional de saúde.

"Para suprir a carência de mão-de-obra, a Semus teve de montar uma nova estrutura e investir na requalificação das pessoas. Ao rompermos com um modelo que esperava o paciente no consultório, tivemos de desmontar a estrutura existente e colocar outra no lugar, totalmente diferente."

"A grande vantagem do Saúde da Família está na inclusão das pessoas que não tinham acompanhamento médico"



Do Médico de Família ao PSF, no Norte do Paraná

A partir do modelo cubano, de sete anos atrás, hoje Londrina atende 70% de seus 450 mil habitantes com o PSF

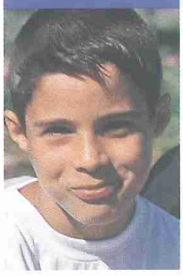
Londrina, no norte do Paraná, foi um dos primeiros municípios brasileiros a contar com o Programa Saúde da Família. É bem verdade que quando nasceu, em maio de 1995, o projeto carregava outro nome, o de "Médico da Família", inspirado na respeitada experiência de Cuba. Na época o programa tinha cinco equipes (totalmente mantidas pelo município) e atendia os 16,5 mil residentes da zona rural. A população total de Londrina era de 410 mil. Hoje são cerca de 450 mil habitantes, 70% deles atendidos pelo rebatizado e ampliado Programa Saúde da Família.

Contratados em julho de 2001, 372 agentes comunitários de saúde estão fazendo o cadastramento de toda a população londrinense





DEPOIMENTOS



"O nosso grande desafio é investir fortemente na capacitação dos profissionais"

O secretário de Saúde de Londrina, o médico-cirurgião Sílvio Fernandes da Silva, foi quem implantou a nova mentalidade no sistema de saúde da cidade, há sete anos, quando ocupou o cargo pela primeira vez. Ao retornar ao comando da Secretaria, no começo do ano passado, Sílvio Fernandes voltou os olhos da Prefeitura para o PSF, que agora é vinculado à Diretoria de Ações em Saúde da Secretaria. Ele é também presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (Cosems) e presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Aos 50 anos, Sílvio Fernandes está habituado a viajar pelo Brasil e até para o exterior, para proferir palestras sobre políticas de saúde. Ele tem dois livros publicados: *A Construção do SUS a Partir do Município* (Editora Hucitec, 1996) e *Municipalização da Saúde e Poder Local – Sujeitos, Atores e Política* (da mesma editora, 2001). No primeiro, com edição esgotada, há um capítulo especial sobre o PSF. A seguir, o depoimento de Sílvio Fernandes:

"O PSF nasceu em Londrina com o objetivo de alterar a lógica de funcionamento e planejamento da rede básica de saúde, implementando uma nova filosofia e uma nova forma de organizar os serviços da rede primária (postos de saúde), secundária (especialidades) e terciária (grandes hospitais).

"O nosso grande desafio é investir fortemente na capacitação dos profissionais, pois o grande mérito do programa é melhorar o atendimento das famílias e diminuir as filas nos hospitais. Tivemos um bom exemplo dessa ação ainda agora, no dia 20 de abril, quando uma campanha intensiva de médicos do PSF, acompanhados de endocrinologistas, atendeu 140 pessoas que estavam na fila de consultas do serviço público de saúde. E isso apenas das 8 às 12 horas. Um levantamento realizado pela Secretaria da Saúde entre os médicos do PSF detectou que muitas pessoas da fila de especialidades poderiam ser atendidas tranqüilamente pelas equipes, através do PSF.

"Os desafios do programa são, obviamente, melhorar a qualidade do atendimento público e obter boa resolutividade dos problemas de saúde das populações mais carentes. Aprendi que é essencial que as mais de 700 pessoas que fazem parte de nossas equipes estejam motivadas a colocar em prática os princípios do programa.

"O resultado mais significativo proporcionado pelo PSF de Londrina foi a possibilidade de melhorar também os outros níveis de complexidade da saúde pública, como os atendimentos das especialidades médicas e dos grandes hospitais. A Secretaria de Saúde espera obter, nos próximos meses, dados que comprovem a evolução da saúde pública no município em função da aplicação do Programa Saúde da Família. Temos de trabalhar conscientes de que dados comparativos não causam impacto imediato nos números. Só a longo prazo."

Em Arapiraca, o impacto dos novos procedimentos

Aprendi, nesses anos, que a participação da sociedade é importante para desenvolver qualquer estratégia. Quando a população tem o entendimento e a transparência da situação, acaba sendo co-responsável, sabe dos limites e briga por aquilo junto com você. Compartilha do sucesso e das dificuldades e ajuda

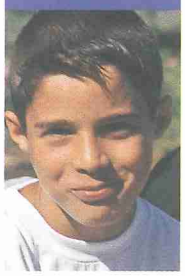


Médica pediatra, Célia Rocha está em seu segundo mandato como prefeita de Arapiraca

50 milhões

Programa Saúde da Família

DEPOIMENTOS



"No primeiro impacto, a implantação do PSF é dolorosa, porque a população quer o médico atrás da mesa, receitas com um monte de remédios e pedidos de exames, enquanto a filosofia do Saúde da Família é a prevenção, a promoção da saúde"

Célia Rocha está em seu segundo mandato como prefeita de Arapiraca, cidade de 196 mil habitantes no agreste alagoano, a 130 quilômetros de Maceió, a capital do Estado. Seu maior orgulho é ter conseguido garantir, com a ajuda do governo federal, o abastecimento de água para 96% da população da zona urbana e 60% da zona rural. Em 1997, quando ela assumiu a prefeitura pela primeira vez, apenas 30% da zona urbana tinha rede de abastecimento de água. Seu desafio para os próximos dois anos de governo será implantar a rede de esgoto na cidade. Arapiraca possui cinco hospitais – um público e quatro privados, conveniados com o Sistema Único de Saúde. Mas o carro-chefe da saúde em Arapiraca é o Programa Saúde da Família.

Médica pediatra, formada na Universidade de Valença (RJ), Célia Rocha está hoje com 49 anos, é mãe de três filhos jovens e já tem um netinho de 2 anos. Célia deixou Arapiraca ainda jovem, quando a família se mudou para São Paulo. Em 1984, já formada em medicina, foi convidada a ser secretária de saúde municipal. Daí em diante, a carreira política disparou: foi eleita vereadora por dois mandatos, e depois prefeita. No seu currículo, grandes conquistas femininas. Foi a primeira mulher a exercer a presidência da Câmara de Vereadores e a primeira a ser eleita prefeita. "Cheguei a ouvir homens dizendo que se mudariam de Arapiraca se uma mulher assumisse o poder", conta. A seguir, seu depoimento:

"Quando assumi a prefeitura, em 1997, havia apenas uma equipe do Saúde da Família na cidade. Adotei o PSF como carro-chefe da saúde em meu município e a gente só trabalha para tentar aumentar cada vez mais a cobertura. Hoje temos 30 equipes, atendemos a 60% da população. Começamos o atendimento com a população mais carente e onde o acesso ao serviço de saúde era mais difícil. Temos a cobertura total da zona rural, até para evitar o êxodo, e boa parte da periferia da cidade.

"No primeiro impacto, a implantação do PSF é dolorosa, porque a população está acostumada com o atendimento médico tradicional: quer o médico atrás da mesa, receitas com um monte de remédios e pedidos de exames, enquanto a filosofia do Saúde da Família é a prevenção, a promoção da saúde, além da assistência. No primeiro momento a reação da população é de desconfiança. Quando as mães percebem que o número de consultas está reduzido, mas, por outro lado, elas têm o agente indo à casa delas, ensinando higiene, acompanhando a vacinação, notam os benefícios e começam a gostar do programa.

"Hoje, 64% das nossas mães amamentam seus bebês. Melhorou também o acesso ao apoio diagnóstico, aos exames de laboratório – dos mais simples aos mais sofisticados. No passado, fazer uma tomografia era uma coisa de louco. Hoje não é fácil, mas se faz. O acompanhamento de pré-natal é muito maior, o acompanhamento diarréico também. Antes, a mortalidade infantil acontecia por doenças evitáveis: diarréias, desnutrição e suas conseqüências. Hoje é no neonatal, por conta do parto. Atualmente, se morre uma criança por diarréia, a cidade inteira fica revoltada.

"Além de melhorar o acesso à saúde, o PSF provocou a intersetorialidade na gestão municipal. Com mais informação, a mãe agora está cobrando: eu preciso do secretário de limpeza urbana, porque é esse lixo que está prejudicando a nossa saúde. As pessoas já percebem que não é só a secretaria de saúde que vai resolver os seus problemas. E a comunidade consegue o que a gente, enquanto gestor, acha difícil: colocar o secretário de saúde para conversar com o secretário de limpeza urbana, com o de educação.

"Um dos desafios é trazer para Arapiraca o Pólo de Saúde da Família, que capacita as equipes do PSF e está hoje em Maceió. Descentralizar esse pólo. Ter na cidade pessoas acompanhando as equipes, aconselhando, vendo a conduta, corrigindo. Isso provocaria maior integração da equipe e, acredito, a fixação do médico e da equipe na comunidade. Funcionaria como apoio. Nós criamos um núcleo para dar apoio às equipes, mas são 30 equipes e a gente não dá conta. Há ainda a disputa pelo profissional médico. Um secretário de Saúde disputa com o outro, de município vizinho, e às vezes por causa de R$ 100,00 a gente perde o profissional. E quando um profissional sai, desmantela a equipe. O que entra, até conquistar a con-



fiança da comunidade, demora; e isso prejudica o trabalho.

"Aprendi, nesses anos, que a participação da sociedade é importante para desenvolver qualquer estratégia. Quando a população tem o entendimento e a transparência da situação, acaba sendo co-responsável, sabe dos limites e briga por aquilo junto com você. Compartilha do sucesso e das dificuldades, e ajuda. Por isso nas nossas equipes temos assistentes sociais, coisa inédita no País. O médico e o próprio enfermeiro não estão habituados a mobilizar a população. Foram preparados para trabalhar dentro de um consultório, de um hospital. Essa coisa de mobilizar a comunidade é com o assistente social.

"No final do meu primeiro mandato, eu tinha medo de que, se eu não me reelegesse, outro prefeito que não acreditasse na proposta do PSF pudesse pôr todo o nosso esforço a perder. Porque a organização da população ainda era muito débil, frágil. Agora tenho confiança de que, se um novo prefeito acabar com o programa, vai ser uma grita geral.

"Quanto mais espaço você abrir para a participação da sociedade, mais as coisas acontecem. Temos hoje uma federação de associações comunitárias, formada por 104 associações unidas. Cada bairro rural, cada bairro urbano tem um representante escolhido pela comunidade. A gente conta com esse povo para mutirões de limpeza, operações tapa-buraco, na campanha de vacinação. A população é nossa aliada.

"Quando a comunidade percebeu que essa coisa de médico em casa era verdadeira, aconteceram histórias incríveis. Por exemplo, a alegria de um senhor de idade em receber o médico, o enfermeiro em casa para fazer limpeza numa ferida. Os médicos contam isso com emoção. Não são todos que se envolvem e desenvolvem uma relação de empatia. Mas tem médico que sabe até que a sua paciente tal hoje chorou o dia inteiro, porque brigou com o marido. Eles entram na vida das pessoas, no dia-a-dia.

"Hoje, se eu fizer uma pesquisa na minha cidade para saber que obra é prioritária, dirão que é esgoto sanitário. Antes pediam obras faraônicas, hoje pedem esgoto, calçamento. O PSF mostra que esse tipo de coisa é importante."



A coordenação, em diferentes Estados

Nestas duas páginas, declarações dadas especialmente por uma coordenadora estadual do PSF e do PACS, Marieta Cardoso Gonçalves, de Sergipe, e de três coordenadoras de Pólo de Capacitação (Universidade Federal): Sueli Rosina Tonial, do Maranhão, Eliane Ignotti, do Mato Grosso, e Rosana Lúcia Alves de Vilar, do Rio Grande do Norte

Sergipe

"Em Sergipe, o PACS foi implantado em 1991, numa ação conjunta do governo federal e governo do Estado. De 1991 a dezembro de 1994, o PACS estava implantado em dez municípios, com 271 ACS atendendo cerca de 34 mil famílias. Atualmente os ACS estão distribuídos nos 75 municípios do Estado, assistindo 85% da população do estado (IBGE/2002). O PSF foi implantado em 1994 com apenas uma Equipe de Saúde da Família. Hoje, tem 352 ESF distribuídas em 68 municípios e atendem 64% da população sergipana.

"Nossa trajetória foi marcada por desafios de ordem técnica, política e recursos humanos. São enriquecedoras, com conquistas tanto no âmbito profissional como na gratificação pessoal diante de uma realidade transformadora, observando a significativa mudança no envolvimento dos gestores com a atenção básica; a participação da comunidade na organização e decisão dos serviços locais de saúde; a aproximação da academia com o serviço, através do Pólo de Capacitação e as parcerias com as OGs e ONGs."

Maranhão

"Começamos com um número bastante reduzido de docentes envolvidos nas atividades do Pólo, entretanto, em pouco mais de dois anos, já formamos um grupo considerável que reúne quase uma centena de profissionais altamente qualificados, com experiência acumulada e entusiasmo com a proposta. Estamos conseguindo articular, de forma responsável e comprometida, as clínicas e a saúde coletiva com os técnicos e gestores dos serviços.

"Esta, certamente, não é uma tarefa fácil, são saberes e poderes que nem sempre dialogaram. Ainda há conflitos e práticas históricas a serem superadas, mas, de forma geral, já se observam avanços extremamente positivos. O entusiasmo dos professores aumenta na medida em que participam e percebem na prática quanto podem contribuir e aprender no processo interdisciplinar.

"Os Pólos se estruturam em redes de instituições vinculadas ao ensino e serviço, comprometidas com a consolidação do SUS no País. O apoio suficiente para viabilizar a atuação das Agências Públicas de Ensino Superior em Saúde veio do Ministério da Saúde, ao estimular a criação dos Pólos de Capacitação com o financiamento de algumas ações. Os resultados das atividades dos Pólos já podem ser facilmente identificados, em especial onde as articulações e parcerias interinstitucionais e profissionais conseguiram avançar."

Mato Grosso

"Desde a criação do Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado de Mato Grosso, em 1998, experiências e críticas foram acumu-



ladas sobre o processo de treinamento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Em 2001, o Pólo foi incorporado pelo Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde (NPDS)/SES-MT. Atualmente a prioridade da SES-MT é a qualificação dos profissionais que atuam na atenção primária, particularmente as Equipes de Saúde da Família.

"Foi instituída uma programação para que os profissionais vinculados às equipes tenham o mesmo acesso aos cursos. Para tanto, avaliamos que o mais adequado seriam capacitações descentralizadas e sistematizadas de modo a caracterizar um curso de especialização. Assim, toda capacitação oferecida é validada como disciplina do Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família. A proposta é desafiadora pelo compromisso com a qualidade em meio a uma série de inovações que esbarram na influência da formação tradicional desses profissionais e das instituições envolvidas.

"Outras atividades pertinentes ao Pólo de Capacitação como o apoio à pesquisa vêm acontecendo gradativamente, a partir dos profissionais já capacitados, comprometidos e envolvidos nesse processo."

Rio Grande do Norte

"A consolidação e a expansão da Estratégia Saúde da Família no País, e particularmente no Rio Grande do Norte, vem contribuindo para reorientar o modelo de atenção à saúde assentado nos alicerces da rede básica, que passam a ser a base de sustentação dos princípios da integralidade e eqüidade, e as diretrizes de descentralização e democratização.

"No Rio Grande do Norte, o Pólo de Capacitação em Saúde da Família iniciou o seu processo de criação no final de 1998, quando foi assinado um protocolo de intenções entre as instituições e entidades que o compõem: Secretaria do Estado da Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, Secretaria Municipal de Saúde de Natal e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do RN. Mas a sua formalização no Ministério da Saúde só aconteceu no final de 2000, com a celebração do primeiro convênio e financiamento do projeto no ano 2001. Em 1999 e 2000, seu trabalho foi voltado para sua estruturação e realização de ações em parceria com as instituições envolvidas.

"A atuação do Pólo tem sido muito importante, uma vez que sua proposta educacional está direcionada para o desenvolvimento de competências tanto naqueles já inseridos no mercado de trabalho, que já atuam ou que irão atuar como membros das Equipes de Saúde da Família, como nos futuros profissionais ainda em fase de formação, enquanto potencial grupo a ser absorvido.

O importante é saber ouvir as pessoas

A experiência de Moacir Cerqueira, médico do PSF pela segunda vez em Brumadinho, na região metropolitana de Belo Horizonte



Em Brumadinho, o Programa Saúde da Família começou pela zona rural, como em outras cidades, e hoje atende os 28 mil habitantes do município

As belezas naturais de Brumadinho, a 50 quilômetros de Belo Horizonte, atraem grande número de turistas nos fins de semana. Os rios Pará, Paraopeba e das Velhas são responsáveis pelas belas cachoeiras que fazem a festa dos visitantes. Devido à sua localização, no quadrilátero ferrífero do Estado de Minas Gerais, a cidade se destaca na economia pela extração de minério de ferro. Na saúde, o município de 28 mil habitantes destaca-se pela boa condição geral dos moradores. É que desde 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família pela Prefeitura e pelo Ministério da Saúde, a população de Brumadinho recebeu um atendimento que começou pela zona rural e hoje abrange 100% do município.

"O Programa Saúde da Família é um dos caminhos para atingir a democracia popular"

Com esta afirmação, o médico da equipe do PSF de Brumadinho, Moacir Severino Cerqueira, 37 anos, iniciou seu depoimento no posto médico do bairro Progresso, depois de várias consultas aos moradores locais. Ele pertence a uma das equipes do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde em parceria com a Prefeitura (no município são quatro). Cada equipe tem um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos dois agentes comunitários de saúde.

Formado em 1992 pela Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, onde também se especializou em Saúde da Família, Moacir Cerqueira conta que, no Programa, se sente realizado profissionalmente. É assim desde 1994, quando o PSF foi implementado no município. Na época, era plantonista na policlínica municipal, foi convidado a participar do Programa e não saiu mais.

"Ter participado da implementação do PSF foi uma lição de vida para mim e para toda a equipe do PSF", afirma, lembrando que esse aprendizado não foi só de forma institucionalizada, mas informal. "A gente aprende com colegas, comunidade. É um constante aprendizado de vida e de novas formas de trabalhar a saúde."

Ele conta que o maior desafio do PSF é trabalhar em equipe (um dos pilares do programa), já que na faculdade não se fala nessa forma de trabalho: "Na universidade o médico é





formado para ser o detentor do saber, enquanto no Programa as informações são democratizadas. Esse despreparo é uma grande deficiência na formação do médico. O importante é saber ouvir as outras pessoas, que também têm seus conhecimentos específicos, e, com isto, trocar informações, saber".

Se durante a semana ele dedica as 40 horas ao programa, o fim de semana é só descanso, certo? Errado. Todo sábado Moacir Cerqueira faz plantão no hospital de Contagem. Ele conta que em 1998, durante seis meses, coordenou o Programa Saúde da Família em Contagem, porque na época o novo prefeito de Brumadinho havia decidido parar com o PSF. Esse, aliás, foi um dos motivos para que o prefeito de Brumadinho viesse a ser cassado.

Nas novas eleições, foi eleito o prefeito que anos antes havia implantado o PSF, e o doutor Moacir reassumiu suas funções em Brumadinho: "Voltei para a reimplantação do Projeto. O que nós queremos é colocar em prática o que a gente tem no papel – implantação do SUS, que representa o que há de mais moderno na saúde pública. Já me sinto cidadão de Brumadinho", afirma o mineiro natural de Ubá.

Ele se entusiasma por ter ajudado a "diminuir grande número de doenças na cidade".

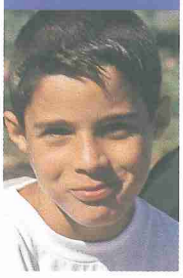
Segundo o doutor Moacir, o resultado é palpável principalmente nas campanhas de vacinação das crianças, de idosos, e nos exames de prevenção ao câncer de mama, quando a cobertura chega muito próximo de 100%. Diz o doutor Moacir: "O planejamento do PSF é feito com o Conselho de Saúde da comunidade. Todos são responsáveis. O PSF é uma forma de exercitar a cidadania e de atingir a democracia popular".

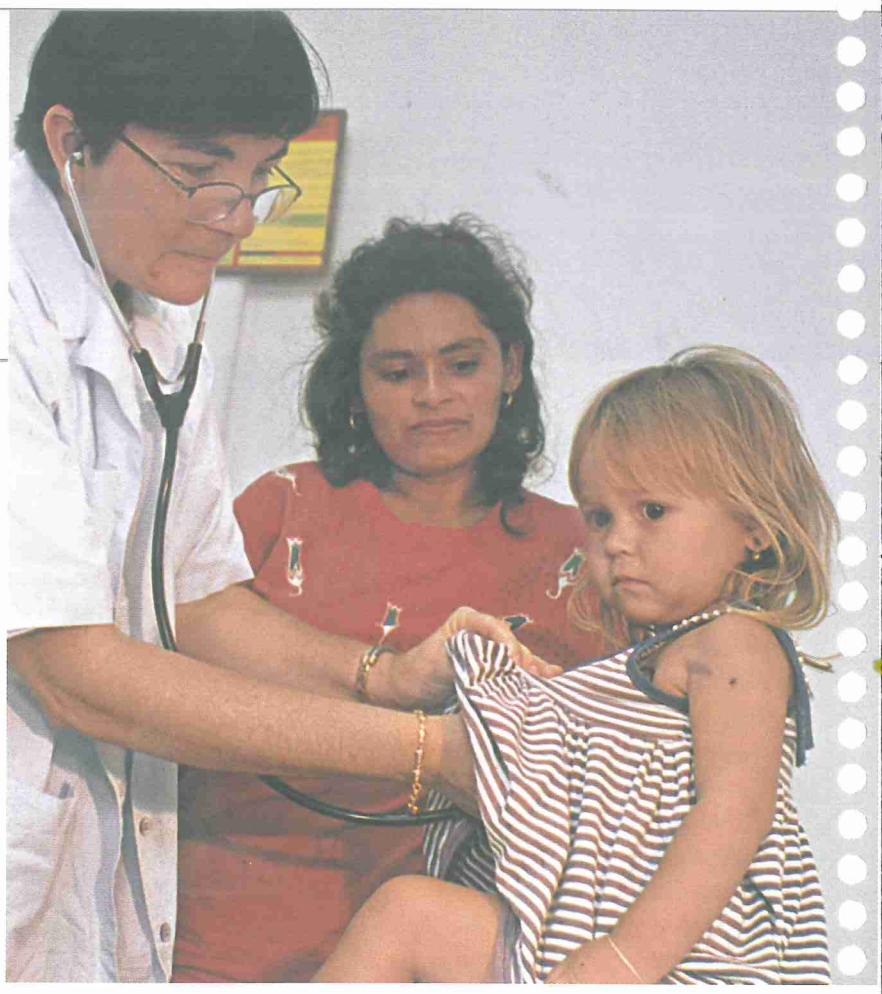
Ao testemunhar o jeito carinhoso de atender os pacientes é que a gente entende por que o doutor Moacir é tão querido. Numa visita domiciliar, junto com o agente comunitário de saúde, no bairro Progresso, nota-se o entusiasmo da família ao recebê-lo. A paciente Juvercina Maria, 97 anos, o recebe sorridente, apesar de ainda afetada por uma pneumonia. O médico explica que a visita é mais para medir a pressão e fazer acompanhamento dos remédios: "Não foi preciso mandá-la para o hospital, já que a equipe do PSF acompanhou desde o início a sua doença".

Segundo o doutor Moacir, "a participação da comunidade foi fundamental para o programa dar certo". Ele conta que a implantação do programa foi bem aceita pela população porque as propostas eram integrar, prevenir, prestar assistência, acompanhar a recuperação do paciente, e não somente fazer atendimento médico, como a população estava acostumada: "Houve alguns conflitos porque o modelo não é do conhecimento de todos. Como uma equipe vai substituir o ginecologista, o pediatra e o clínico? Que supermédico é este?" Ele comenta, a esse propósito, que houve conflitos inevitáveis, "como ocorre certamente em todo lugar onde o programa é implantado".

Em relação ao paciente, outra mudança foi que antes ele não voltava mais, depois da avaliação no posto de saúde e do encaminhamento para o hospital: "Hoje é diferente. Ele volta porque acompanhamos, do atendimento à internação".

DEPOIMENTOS





Em maio de 1994, o PSF começou com cinco equipes, em Campina Grande. Hoje são 31, dando cobertura a 30% da população

Com uma população de 355 mil habitantes e a 120 quilômetros da capital, João Pessoa, a cidade de Campina Grande representa um importante pólo econômico, científico, cultural e sanitário para o Estado da Paraíba e a região onde está inserida.

O sistema de saúde de Campina Grande tem amplitude regional, contando atualmente com 15 hospitais, entre privados (dez), municipais (dois), filantrópicos (dois) e universitário (um). A cidade dispõe de 25 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e dez Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, além seis centros de saúde.

O Programa Saúde da Família foi implantado em Campina Grande em maio de 1994, com cinco equipes. Atualmente, são 31 equipes, cobrindo 30,3% da população. "Pretendemos implantar mais 30 unidades ainda este ano, para alcançar os 60% de cobertura populacional", diz a coordenadora do PSF, Ana Fábia da Motta Farias.

Apesar das dificuldades, vários indicadores de saúde demonstram os resultados do PSF. A cobertura vacinal na comunidade não chegava a 50%, hoje fica entre 95% e 100%. Em 1993, ano anterior à implantação do PSF, a mortalidade infantil na comunidade atingia um índice de 136 óbitos por mil nascidos vivos. No ano passado, a média anual caiu para 26 óbitos.

Pioneira do PSF em Campina Grande, a médica Berenice Ramos, 43 anos, descobriu no programa a realização de seus ideais como profissional de saúde. Na profissão há treze anos, com formação em medicina social e homeopatia, ela diz que a filosofia do Saúde da Família representa o melhor caminho para um modelo eficiente de saúde, apesar das dificuldades em atender a demanda. "Quanto mais avançamos, mais há o que fazer", avalia, porém sem sinal de desânimo.

Berenice atua desde o início na comunidade do Conjunto Mutirão, no bairro Serrotão, distante dez quilômetros do centro de Campina Grande. Uma área carente e bastante populosa, onde a equipe do PSF está com 900 famílias cadastradas. A médica também preside a Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande, que reúne cerca de cem associados e tem sido fundamental para o êxito do PSF na cidade. Apesar do dia-a-dia corrido, mantém seu jeito calmo, ao falar sobre o trabalho e suas expectativas diante do PSF:

"Entrei no Programa Saúde da Família pelo processo de seleção, como acontece com todos os profissionais, quando estava ainda sendo implantado em Campina Grande, em maio de 94. Sua filosofia vinha ao encontro de meus anseios profissionais. Desde estudante, pensava em trabalhar com medicina social e fiz residência médica nessa área. Durante esses oito anos de trabalho, aprendi bastante, em termos pessoais e como profissional de saúde.

Promover a saúde, prevenir as doenças

Em Campina Grande, a médica Berenice Ramos e sua participação no trabalho de garantir assistência integral às comunidades atendidas pelo PSF

"A primeira lição foi a importância do trabalho em equipe. Dentro do PSF, a atuação de um profissional depende da atuação do outro. É necessário muita interação, cooperar sempre e aceitar os limites de cada um.

"Na área profissional, o PSF nos dá uma experiência gigantesca. Você se torna um médico generalista e precisa ampliar bastante seus conhecimentos para dar resolutividade aos problemas básicos e encaminhar bem o paciente que necessita de atendimento especializado. Na nossa unidade temos conseguido solucionar mais de 90% dos casos.

"No PSF precisamos trabalhar com dedicação, respeitando os usuários, não podemos ver o trabalho apenas como um emprego. É preciso um compromisso maior, requer dedicação quase exclusiva. Se o profissional não tem consciência do processo de mudança, a coisa não funciona.

"Acho que há muito o que fazer, mas acredito que o PSF pode ser o caminho para estruturar o sistema de saúde de uma cidade. Mas isso se houver uma cobertura de 100% das Unidades Básicas de Saúde, com toda a rede primária ligada ao PSF; os especialistas trabalhando dentro da filosofia do programa e atendendo apenas referências da rede primária; e a rede hospitalar recebendo pacientes a partir das referências das Unidades Básicas de Saúde. Antes de tudo, é preciso um número de equipes e uma oferta de serviços suficientes para responder à demanda.

"Mas sabemos que essa transição não acontece de forma imediata, o município não está preparado para essa demanda. A realidade ainda é bem diferente. Nossa equipe, por exemplo, tem hoje 900 famílias cadastradas, quase 3.800 pessoas. Quando iniciamos, eram 600 famílias, mas houve um crescimento populacional na área. Com a equipe já sobrecarregada, não conseguimos manter o mesmo nível de acompanhamento do início. Há um número excessivo de pessoas para atender. Muitas vezes temos dificuldade em fazer referência para alguns especialistas, conseguir cirurgias e exames mais especializados.

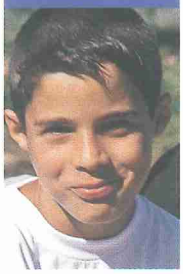
"Ainda assim, temos casos comoventes, como o de uma mãe que já estava no terceiro filho sem nunca ter amamentado. A partir do PSF, ela não somente amamentou na última gravidez como passou a incentivar o aleitamento materno na comunidade.

"Outra iniciativa feliz aconteceu ainda no início da implantação do programa, quando o índice de mortalidade por desnutrição era elevado. Com o trabalho de voluntários, o apoio de um projeto social do Banco do Brasil e da Secretaria Municipal de Saúde, a comunidade instalou um Centro de Recuperação Nutricional, que atendeu crianças de 0 a 2 anos e praticamente eliminou as mortes por desnutrição. O centro funcionou por dois anos, numa casa cedida por um morador da comunidade. Foi um exemplo de participação social com repercussão muito positiva.

"Vários outros indicadores de saúde, como índices de vacinação e aleitamento materno, a adesão ao pré-natal, o acompanhamento de pacientes com hipertensão, diabetes e tuberculose, também nos mostram os resultados positivos das ações do PSF e nos incentivam a seguir adiante."

"Podemos não mudar tudo, mas estamos fazendo tudo para mudar"

Pioneira do PSF na litorânea Olinda, a enfermeira Eliane Caminha levou sua experiência e seu amor pela saúde pública para o sertão pernambucano



"Quando vamos fazer uma visita domiciliar, observamos a família de uma forma abrangente, como se alimenta, o nível de higiene, se as crianças estão indo à escola. Isso é rotina no nosso serviço"

Em apenas dois anos, o Programa Saúde da Família vem conseguindo diminuir o índice de mortalidade infantil e o número de casos de câncer de colo de útero no município de Custódia, a 340 quilômetros do Recife. Esse resultado se deve às ações de incentivo ao aleitamento materno, ao acompanhamento das gestantes e ao exame de prevenção realizado pelas três unidades de Saúde da Família que funcionam no local.

Com uma população estimada em 32 mil habitantes, constituída em sua maioria por pessoas adultas ou idosas, sendo maior percentual entre 51 e 66 anos de idade, Custódia vive praticamente da agricultura de subsistência ou para terceiros, com o cultivo de feijão, milho e palma, o que é dificultado pelo sistema de chuvas concentradas em apenas quatro meses do ano. Pequenos, médios e grandes produtores desenvolvem a pecuária, principalmente a criação de caprinos e suínos, seja para consumo doméstico ou comercialização a varejo como forma de obtenção de renda. O comércio na região é restrito a pequenas vendas e bares. É nesse contexto que se encontra a enfermeira Eliana Caminha, 59 anos, uma das responsáveis pelo sucesso do PSF no município.

A história de Eliane se confunde com a do PSF. É dela uma das idéias-síntese do programa: "Podemos não mudar tudo, mas estamos fazendo tudo para mudar". O amor pelo que faz já lhe rendeu uma homenagem, em 1996, que recebeu no Palácio do Planalto, em Brasília, do então ministro da Saúde, Adib Jatene.

Esse prazer de trabalhar com a saúde pública ela também conseguiu passar para a filha, Adriana Caminha Barros, que hoje é médica do PSF, em Olinda.

Antes de ingressar no PSF, Adriana viveu uma experiência parecida em 1993, quando trabalhou com saúde comunitária em Fernando de Noronha. Só que lá na ilha ela era sozinha para atender de tudo, de fratura a gestantes, de idosos a crianças. Quando voltou



Duas gerações no Saúde da Família: a pioneira Eliane, enfermeira do PSF, visita a filha Adriana, que é médica de uma Equipe de Saúde da Família, em Olinda

para Olinda ficou encantada com a estrutura do PSF, organizou seus horários e optou por esse caminho.

A seguir, o depoimento de Eliane Caminha:

"O gosto de trabalhar na área de saúde pública vem de muito tempo. Antes de me formar em enfermagem (pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora da Graça, da Universidade de Pernambuco), já trabalhava como educadora sanitária para o Ministério da Saúde, no Recife. Quando me casei, fui morar em São Paulo, onde trabalhei no Departamento Nacional de Endemias Rurais.

"Depois de alguns anos, retornei ao Recife, me formei e durante quatro anos trabalhei no Hospital Oswaldo Cruz. Quando surgiu o PSF, em dezembro de 1994, fui selecionada para a unidade de Olinda, o segundo município de Pernambuco a implantar o programa. Fiquei lá seis anos, até ir participar do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), em Custódia.

"O PITS teve início em junho de 2001 e foi idealizado pelo Ministério da Saúde com o propósito de levar os profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) para os municípios mais carentes e inserir o PSF onde não existia. Em Pernambuco, oito cidades do interior foram inscritas no programa. Dessas, seis já conseguiram implantar com êxito as Unidades de Saúde da Família.

"O programa oferece aos profissionais atrativos como moradia, alimentação, salário, além de uma bolsa para o curso de especialização em Saúde da Família. Para Custódia foram enviadas três equipes do PITS, que implantaram três Unidades de Saúde da Família. Cada uma delas é responsável por 1.000 a 1.200 famílias e atende em média 45 pessoas por dia. Funcionam como o elemento estruturador do Sistema Único de Saúde no município.

"Sempre gostei da saúde pública, trabalhar no interior, ter contato com as pessoas, evitar que fiquem doentes. Estou completamente realizada, muito feliz com o que faço. Em apenas dois anos já conseguimos melhorar o índice de aleitamento materno. Na minha área, tenho 100% de acompanhamento das minhas gestantes. São ações como essas que contribuem para reduzir o índice de mortalidade infantil.

"Outro aspecto importante trabalhado no PSF é a educação na saúde, que realizamos junto com a população. Olhamos a pessoa inserida num contexto familiar e na comunidade. Quando vamos fazer uma visita domiciliar, não tratamos apenas do doente, observamos a família de forma abrangente, como se alimenta, a higiene, se as crianças estão freqüentando a escola. Isso é rotina no nosso serviço.

"O PSF é uma forma de motivação para as enfermeiras, onde elas podem aplicar grande parte dos seus conhecimentos. Eu me considero um elemento importante na vida dessas pessoas simples de Custódia, porque contribuo para a recuperação da saúde delas."



DEPOIMENTOS



Um caso, uma lição de vida

Como o PSF ajudou a auxiliar de enfermagem Elisa Regina Weber, de Curitiba, a crescer pessoal e profissionalmente

O suicídio de uma paciente da unidade onde trabalha fez a auxiliar de enfermagem Elisa Regina Weber repensar toda a trajetória da profissão que escolheu há 15 anos. O coração desta paranaense de Rio Negro, 35 anos, ficou em frangalhos com a morte daquela senhora, de quem se tornara amiga e que entrara no posto de saúde em busca de uma saída para a filha adolescente, perdida nas drogas.

A tragédia, entretanto, acabou reforçando a determinação profissional de Elisa Regina: "O problema psicológico dela era muito maior e ela maquiou isso. Não percebemos. Sua morte foi um choque, mas a angústia também traz crescimento, e esta experiência negativa, por mais dolorosa que tenha sido, me fez enxergar muita coisa e me deixar mais alerta para casos parecidos".

Elisa Regina é funcionária da prefeitura de Curitiba há 10 anos. Casada, dois filhos, tem certeza de que uma das conseqüências do episódio será também a maneira de conversar com suas crianças, principalmente quando estiverem na pré-adolescência, sobre o perigo das drogas. "Isso tudo, pra mim, é crescimento de vida", conta.

Há seis anos, quando foi convidada pela chefe de sua equipe para fazer o concurso do PSF, nem imaginava quanto poderia crescer pessoal e profissionalmente: "Ela me dizia que eu tinha o perfil ideal, mas eu só estava interessada mesmo nos R$ 200 a mais que iria receber no final do mês".

Na época, Elisa Regina trabalhava num posto de saúde no bairro Campina do Siqueira, uma espécie de unidade avançada num dos bolsões de pobreza de Curitiba. Ali mesmo começou a ver a diferença entre o que fazia antes e o que veio a fazer no PSF:

"Antes, no atendimento, a gente fazia o básico. Não saía do posto. A pessoa chegava com o problema X e a gente via o que podia fazer na hora, sem nenhum envolvimento. Se a coisa fosse simples, resolvíamos ali mesmo, com um medicamento, um curativo. Outras vezes o paciente era encaminhado para o médico, que também tentava resolver a coisa de forma rápida, ou seja, o trabalho era totalmente diferente daquele que comecei a realizar depois".

A primeira grande diferença, segundo a auxiliar de enfermagem, é que o PSF considera fundamental conquistar a confiança do paciente, enquanto no atendimento tradicional, para simplificar a coisa, tudo é feito da forma mais impessoal possível.

"Se consigo fazer um vínculo com a pessoa que vem com uma criança com problema de diarréia, por exemplo, posso fazer meu trabalho, que é o de ver as condições daquela família como um todo, ou seja, onde mora, como se alimenta, as condições de higiene etc. A partir

"Antes, no atendimento, a gente fazia o básico. Não saía do posto. Era bem diferente"



disso, começamos a orientar, a ensinar, a fazer participar das campanhas de prevenção, enfim, a educar, porque não adianta dar remédio e mandar tomar. É como no velho ditado: não adianta dar o peixe, tem que ensinar a pescar."

Nestes seis anos a vida profissional dela também evoluiu muito, assim como o programa.

Antes de chegar à Unidade de Saúde Butiatuvinha, há um ano, ela trabalhou em outra Unidade de Saúde, a Santos Andrade. Faz parte de uma equipe onde atuam um médico, uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem e quatro agentes. Trabalha de segunda a sexta-feira das 8h às 17h, com uma hora de almoço:

"Estou numa área nobre, atendemos condomínios de classe alta, mas também vamos às chamadas áreas de risco. Temos um lugar aonde é preciso ir a pé, porque carro não entra. Num dia você está numa casa onde não falta nada e a pessoa precisa de acompanhamento por estar paralisada e, no outro, vai a outra casa onde não tem banheiro".

Elisa Regina conta que sua equipe tem sob responsabilidade 700 famílias. Nos vários cursos de aperfeiçoamento que fez dentro do programa, aprendeu a estudar os casos de doença dentro da família até a terceira geração. O genograma ajuda muito na prevenção e orientação.

A auxiliar de enfermagem faz visitas diárias às famílias. O cronograma é feito a partir da necessidade dos casos que estão sendo acompanhados e também dos novos que chegam através do levantamento feito pelos agentes. Os médicos das equipes visitam as famílias às quintas e sextas. Nos casos mais urgentes, a solução vem da equipe:

"Isso é uma coisa muito boa porque, antes, a gente só ouvia a decisão ou a ordem e não podia falar nada. Agora, até pelo próprio envolvimento que tem com o paciente, pois somos os primeiros a atender, a gente pode e deve opinar nos tratamentos médicos. É uma coisa natural na equipe e o objetivo é conseguir o melhor resultado".

Quando soube do suicídio da paciente, uma das primeiras providências de Elisa Regina foi aumentar sua atenção a uma das vizinhas desta, Crystiane, que tinha contatos freqüentes e estava iniciando tratamento na Unidade de Saúde por causa de depressão. A auxiliar de enfermagem aumentou o número de visitas.

"Um dia ela passou aqui e disse que não estava bem e que iria voltar no dia seguinte para uma consulta. Não a deixei sair. Ela entendeu que, naquele dia, tinha de ficar para conversar, relaxar. A equipe redobrou a atenção. Ela melhorou muito e isso dá uma alegria muito grande para nós, que acompanhamos o caso, porque a estamos vendo recuperar o prazer de viver".



Vitórias do PSF na área rural de Cascavel



Com educação em saúde, vacinas, consultas, visitas dos ACS, os casos de hipertensão estão sob controle, a taxa de mortalidade infantil caiu a zero, a vida das pessoas melhorou

Diz o médico Alexandre Kazuo Nakano, 32 anos: "Nas cidades, a gente costuma fazer reuniões de quadra. Aqui, na área rural, fazemos reuniões de quilômetros". Ele lidera uma experiência diferente do Programa Saúde da Família no pequeno distrito de Rio do Salto, em Cascavel, no oeste do Paraná. Ali, o PSF atende 3.926 pessoas, que moram em propriedades polarizadas por dez pequenas comunidades, num raio de 15 quilômetros de distância da Unidade Básica de Saúde do distrito.

Na região, são raras as famílias que dispõem de automóvel ou outra condução. Ônibus não circulam pelas estreitas estradas. Para buscar assistência médica, os moradores percorriam quilômetros, a pé. O PSF, implantado há dois anos, alterou essa rotina. Além das visitas domiciliares feitas regularmente pelas agentes comunitárias de saúde, a população tem a oportunidade de receber toda a estrutura de assistência do Posto de Saúde na porta de sua casa.

"O deslocamento de toda a estrutura até o quintal da casa das famílias estabelece laços de intimidade e relacionamento que facilitam nosso trabalho de promoção e prevenção", diz o médico Alexandre Nakano, lembrando que o sistema também contribui para melhorar a integração e interação da equipe de trabalho. Formado há nove anos pela PUC-PR, o médico é filho de taxista e cursa pós-graduação em Saúde da Família, na Unipar em Cascavel. "A atividade me realiza profissionalmente. Sinto-me gratificado, investindo na prevenção", diz.

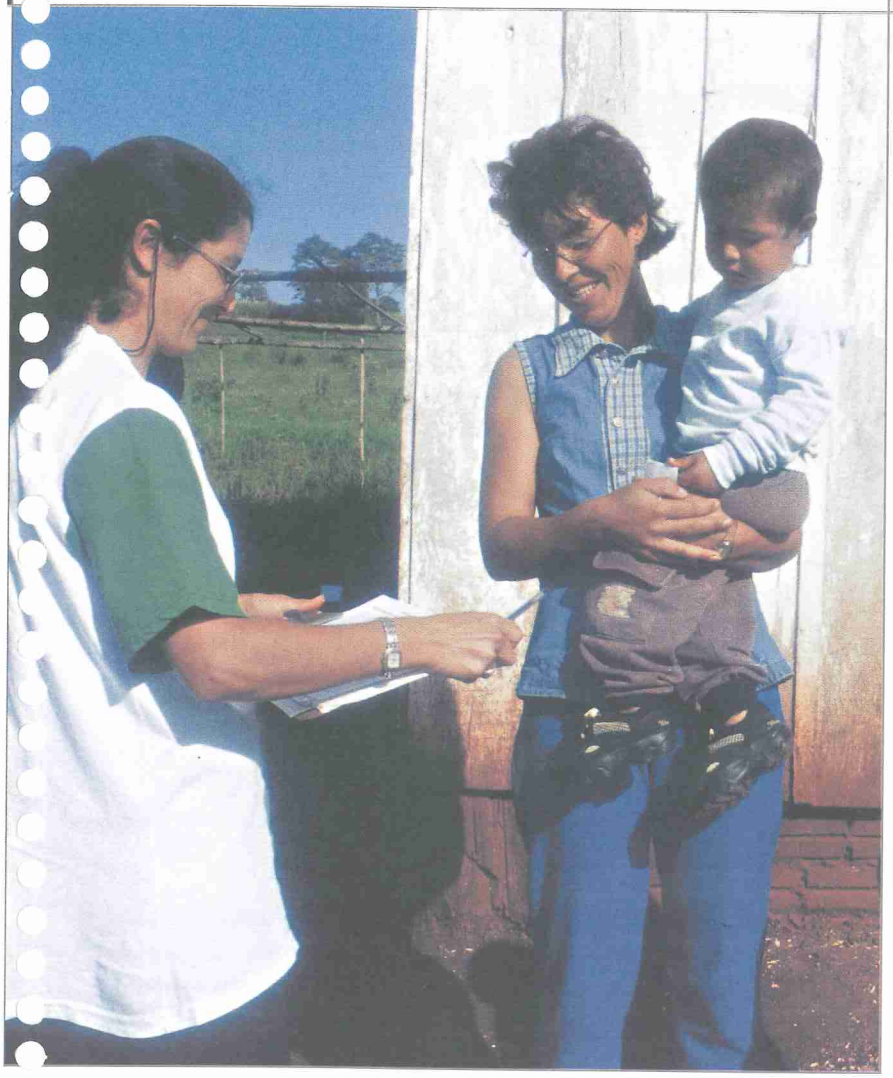
Taxa de mortalidade infantil: zero

Aos 74 anos, Reci ainda sofre de dor nas costas, mas não fica reclamando. "É coisa da idade", diz, resignado. O pior, segundo ele, passou. "Era uma coisa estranha. Dava um soco na cabeça. Me escorava na parede, aí passava. Mas ficava um negócio ruim no corpo, não dava pra movimentar direito", explica.

Atendido pela equipe do PSF, Reci conseguiu afastar, a tempo, o risco de um acidente cardiovascular, acelerado pela hipertensão. Ele é aposentado e mora com a esposa, Isaltina, de 64 anos, e um neto, de 13, numa pro-

"O deslocamento de toda a estrutura, até a casa das famílias, estabelece laços de intimidade"





priedade de 1,5 alqueire, onde planta milho, mandioca e feijão, para a subsistência familiar.

Antes do PSF, a família utilizava uma privada improvisada, fora de casa, e tomava banho de bacia. Foi a agente comunitária quem o convenceu a vender uma vaca, para construir um banheiro dentro de casa. "Ficou mais fácil. É coisa jóia", diz, sem economizar elogios à agente comunitária e a toda a equipe. "Pra mim está muito bem. Sempre tenho sido muito bem atendido", garante.

Maria Tereza, 53 anos, e seu marido, Antônio, de 55, também hipertensos, afastaram a ameaça seguindo à risca a orientação da equipe do PSF. Além do medicamento, "pouco sal, menos fritura e alimentação na hora certa. Isto foi suficiente", diz Maria Tereza. Numa área de 4,5 alqueires, ela e o marido cuidam de 23 vacas leiteiras. São atendidos no salão comunitário de Colônia Esperança, que fica a 600 metros de sua casa. Antes, tinham de percorrer 9 quilômetros para chegar à sede do distrito de Rio do Salto.

Segundo o médico Alexandre Nakano, Reci e Maria Tereza fazem o perfil médio dos pacientes atendidos pelo PSF de Rio do Salto. Graças ao sistema de visitas domiciliares, ao deslocamento da equipe às Comunidades e à aceitação da mensagem por parte da população, nos últimos oito meses não houve nenhum registro de acidente cardiovascular na área de cobertura de Rio do Salto.

"Em média, nos anos anteriores, tínhamos sete casos por ano. O resultado dos últimos oito meses indica que estamos no caminho certo", diz, lembrando que os demais indicadores de saúde também vêm melhorando.

"Trabalhamos em conjunto com a Pastoral da Criança e hoje temos a desnutrição infantil também praticamente sob controle", acrescenta o médico. No ano 2000, a taxa de mortalidade infantil média no Paraná foi de 19,44 por mil nascimentos, segundo os dados oficiais. No mesmo ano, em Cascavel, foi de 13,10; no distrito de Rio do Salto, foi de zero.

Em 9 anos de casada, 9 filhos

O ronco da kombi morro acima serve de aviso a toda a vizinhança. Mal o veículo chega ao pequeno salão construído em madeira, ao lado da escola, os moradores vão chegando, a pé. Vestindo roupa de domingo, como se fosse dia santo, eles vão se acercando da equipe do PSF. Cumprimentam a agente de saúde, que é da região. Depois, mais à vontade, puxam conversa com os demais.

Assim começa a visita da equipe do PSF de Rio do Salto à Comunidade de Colônia Esperança, que fica a

50 milhões

Programa Saúde da Família



O médico Nakano, da equipe que atende na zona rural de Cascavel



DEPOIMENTOS

O Saúde da Família chega aonde raras famílias têm automóvel, ônibus não circulam, os moradores andam a pé



15 quilômetros da sede, quase encravada no céu. De lá de cima, a vista se perde na extensão das lavouras, quilômetros e quilômetros de distância.

Em poucos minutos, os bancos rústicos, feitos de tábua, já estão tomados por mulheres, homens e crianças. Muitas crianças. Vacina contra a gripe e campanha de prevenção contra o câncer do colo do útero são os temas de palestra. Depois, a vacinação contra gripe, entrega de resultados de exames, agendamento de consultas a especialistas e as consultas individuais.

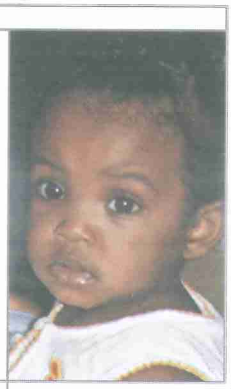
Jesus tem pressão alta e fortes dores numa perna. Ézio quase não consegue andar. Levou um coice de uma vaca no dia anterior. Loreni, 37 anos, precisa agendar consulta com ginecologista. Ela, aliás, é uma história à parte: não sabia da existência de métodos de controle da natalidade, até ser informada pela UBS de Rio do Salto. Nos primeiros 9 anos de casada, teve 9 filhos. Fez laqueadura. Seu caçula agora tem três anos.

Passa de meio-dia, quando o pequeno salão volta a ficar semi-vazio. Atendidos, os moradores da Colonia Esperança retornaram às suas casas. A equipe de saúde segue na kombi, rumo ao próximo compromisso.

Com 252 mil habitantes (IBGE), a cidade não foge ao lugar comum dos grandes centros. "Ainda não resolvemos o problema das filas, precisamos continuar administrando a herança cultural de nosso povo, que quer uma solução imediata para seu problema, sem se preocupar com atitudes preventivas", resume a secretária municipal de saúde, a médica sanitarista Lilimar Regina Nadolny Mori.

O município conta com sete hospitais, seis deles conveniados com o SUS, 26 Unidades Básicas de Saúde e um Posto de Atendimento Continuado, que atende 24 horas. O Hospital Universitário é ligado à Unioeste, que mantém curso de medicina. Centro de referência médica em toda a região, Cascavel conta com 360 médicos e mais de uma centena de clínicas, que prestam serviços equivalentes aos disponíveis nos principais centros do País.

"No meio rural temos um público menos sujeito a migrações. São comunidades mais organizadas, mais receptivas, acolhedoras e abertas à participação", diz a médica, anunciando a breve ativação de mais três equipes do PSF, o que dará cobertura integral a toda a área rural de Cascavel.



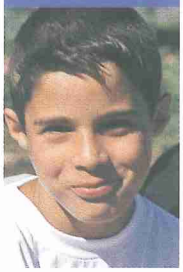
Saúde da Família na maior metrópole do Brasil

O desafio de levar atenção básica e com humanidade a um conglomerado de mais de 10 milhões de habitantes



Agentes do Qualidade Integral em Saúde no bairro de Guaianases, um dos mais afastados da Zona Leste paulistana

DEPOIMENTOS





"Ela começou o tratamento para tuberculose e parou. Aí a doença voltou mais forte. Ela ficou mais debilitada"

O Saúde da Família chegou à cidade de São Paulo, a maior metrópole do Brasil, com mais de 10 milhões de habitantes, no dia 15 de abril de 1996. Chegou com o nome de Qualis — Qualidade Integral em Saúde. Foi uma parceria com o governo estadual, pois naquele momento a prefeitura de São Paulo preferia tentar a experiência — afinal malsucedida — de implantação de uma cooperativa, o PAS.

O Qualis começou com nove unidades básicas e 27 equipes propostas. Sempre com o apoio do governo do Estado, nos anos seguintes houve a seguinte evolução:
1997 – 11 unidades e 35 equipes
1998 – 11 unidades e 36 equipes
1999 – 15 unidades e 45 equipes
2000 – 19 unidades e 76 equipes
2001 – 28 unidades e 95 equipes

Cada equipe acompanha mil famílias, o que dá um total de 95 mil famílias acompanhadas no final de 2001. Atualmente, a prefeitura de São Paulo assume o PSF como estratégia de estruturação do sistema local de saúde. As unidades básicas do Qualis estão sendo assumidas pelo município, onde se totalizam mais de 300 Equipes de Saúde da Família. Segundo a irmã Monique, responsável pelo Qualis Santa Marcelina, em Guaianases, um dos mais distantes bairros da Zona Leste paulistana, há sintonia entre o trabalho anterior e o atual: "A experiência adquirida ao longo dos últimos seis anos pôde ser repassada e adaptada à nova fase da prefeitura. Está sendo um momento rico de composição".

Para esta edição especial da Revista Brasileira de Saúde da Família, foram ouvidas em São Paulo a ACS Silene Esteves dos Santos, do Qualis Santa Marcelina, e uma usuária que ela acompanha, Maria do Carmo. Primeiro, fala Silene:

"Por Maria do Carmo ter tuberculose, muitas pessoas começaram a rejeitá-la e ela ficou, parece um pouco desprezada, ninguém queria ter contato com ela. Ela ficou bem magrinha mesmo, a ponto de o irmão pegar ela no colo, pra estar levando pros lugares. A tuberculose é contagiosa, mas eles não sabiam que a partir do momento que você começa a fazer o tratamento, a tomar o remédio, você não transmite mais. Não precisa estar separando nada, separando prato, colher, não precisa! Você pode dar a mão pra aquela pessoa, abraçar.

"Só que ela começou o tratamento e parou. Parou, a doença voltou mais forte. Ela ficou mais debilitada, aí saiu daqui do Posto de Saúde e foi pro Clemente Ferreira, hospital onde eles cuidam exatamente deste tipo de caso.

"Ela melhorou no hospital e retornou pra cá. No começo foi difícil, ela não queria aderir e até brigava, discutia, achava que deveria morrer mesmo. O pessoal daqui fez muito grupo, muita conscientização da família. Ia médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem... Os familiares passaram a ajudar — tinha de tratar. Antes de mim, outras agentes acompanharam esse caso.

"Quando eu comecei a acompanhar, ela já tava tomando o remédio direitinho, me aceitou, passei a conversar com ela. Mas só que antes de terminar o tratamento ela engravidou. E ela não podia engravidar. Ela tava desnutrida, quase não teve barriga, era pré-natal aqui, pré-natal lá.



Na capital de São Paulo, o PSF começou em parceria com o governo estadual, em 1994

Ela teve de ser acompanhada nos dois hospitais, era risco total. Pra fim de conversa: ela foi muito bem atendida, teve esse neném no qual botou o nome de Vitória. Hoje ela tá maravilhosa, agradece muito às pessoas que a ajudaram."

"Hoje tô bem, não sinto nada"

Maria do Carmo, 25 anos, trabalhava como empregada doméstica. Emociona-se ao contar sua história. A filha Vitória está no colo e quer mexer em tudo. Chega uma vizinha pedindo para ela cuidar do filho. A agente Silene leva o menino e a filha mais velha de Maria do Carmo para dar uma volta, enquanto ela dá este depoimento:

"Sou da Bahia, de Serrinha. Estudei pouco, não tive oportunidade, mas agora eu tô começando a estudar de novo. Gosto de sair, de me divertir, de trabalhar fora, mas o que eu mais gosto é de ficar dentro de casa, cuidar das minhas filhas, levar uma na escola, ir buscar.

"A Vitória (10 meses) nasceu com 2,170Kg e minha história foi que eu comecei a apresentar uma febre. Eu sempre trabalhando fora, passava a hora de alimentação, você não tem tempo, chega em casa... À noite, começava a suar, mas eu achava que não era nada importante. Aí um dia eu saí do serviço mais cedo e passei no médico, no pronto-socorro do hospital, e eles tiraram uma chapa pra mim. Achavam que era tuberculose, não me deram certeza. Portanto, eu também não dei importância àquilo.

"A cada dia que passava eu ia piorando, eu ia emagrecendo, não me alimentava. Até que um dia eu não agüentei levantar da cama. No hospital eu fiz o exame de escarro, e o resultado comprovou que eu tava com tuberculose. Na primeira vez, fiz o tratamento durante 6 meses. Aí o médico me deu a garantia que eu já tava boa, me deu alta. Depois de um tempo começou a voltar tudo de novo, a mesma fraqueza.

"Procurei o Posto e o médico começou a fazer meu tratamento. Eu não tinha aquela melhora, eu só ficava pior, o remédio já não fazia mais efeito pra mim. Não conseguia levantar mais da cama, já não tomava banho sozinha... Cheguei a pesar 32 quilos, realmente fiquei pele e osso. Acabei indo para o Clemente Ferreira, um hospital só pra essas coisas. Trocaram todo o meu medicamento. O médico falou que se eu demorasse mais, era uma semana que ele me dava de vida. E foi uma corrida contra o tempo.

"No começo eu não tinha força pra ir até o posto, tomar as injeções que passaram. Aí as meninas vinham, me aplicavam injeção, até quando eu pude ir. Entrei numa depressão grande, pensei que não tinha mais cura, e cada vez mais eu me afundava naquilo. Achava que não ia nunca ficar boa, que ia acabar falecendo mesmo.

"Minha irmã me deu muita força, muito apoio. Se não fossem ela e o meu marido, eu tinha desistido. Eu não poderia nem tá vendo minha primeira filha (Bruna, hoje com seis anos), que na época eu só tinha ela. Fiz uma força enorme pra sobreviver, pela Bruna.

"Também foi importante o pessoal do Posto, que foi minha segunda família. O apoio que eu não tive de amigo nem de muitos de minha família, eu tive do Posto.

"Quando eu fiquei grávida da Vitória eu já tava no finzinho do tratamento, que se prolongou por 1 ano e 3 meses. Faltavam só três meses pra acabar. O médico, o dr. Jorge, achava que não ia ter a possibilidade de engravidar, de tanto medicamento que eu tomava. Meu marido me respeitava muito, não queria ter relação comigo, porque ele tinha medo de eu engravidar e não resistir à gravidez. Mas eu já tava mais forte, mais gordinha, e um dia a gente teve relação.

"E aí, quando o médico disse que eu tava grávida da Vitória, eu entrei num desespero total, porque ficava com medo de a medicação prejudicar ela. O dr. Jorge disse que eu tinha de continuar o medicamento mesmo grávida.

"Quando terminei, fiz ultra-som. A médica me falou que ela era uma criança perfeita, normal, a medicação não tinha ofendido em nada. A Vitória acabou vindo antes de eu completar os 9 meses. O médico olhou, examinou, e confirmou que era realmente uma menina perfeita.

"Pra mim é um milagre de Deus ela ter vindo ao mundo sem nenhum tipo de seqüela, sem nenhum tipo de nada. Hoje eu tô bem, não sinto nada, nada... Só sinto muita vontade de comer. Tô aqui viva e vendo minhas duas filhas crescerem cada vez mais".

Seu Roque, vocação de agente comunitário

Em Valença-BA, o presidente da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde visita, orienta, informa, sofre e vibra com sua comunidade



"Ao chegar à comunidade, levamos informações, mas também recebemos. A gente leva e traz"

Roque Onorato Santos, 62 anos, é Agente Comunitário de Saúde (ACS) desde 1992, quando foi implantado na cidade baiana de Valença, a 296 quilômetros de Salvador, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Presidente da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, seu Roque nasceu no município baiano de Santo Antônio de Jesus, mas se criou pelas ruas de Valença, sua terra natal de coração. Antes de se engajar no programa de agentes, já desenvolvia ações sociais, além de trabalhar como açougueiro e pedreiro. Por conta desta longa proximidade com a população, conhece como poucos a realidade e as necessidades dessa gente que vive nas margens do Rio Una.

Ele informa que pelo menos 72% dos 77 mil habitantes do município contam atualmente com a cobertura do PSF. O suporte para o atendimento das pessoas é dado por seis postos de saúde, que prestam assistência ambulatorial médica e odontológica, além do hospital da Santa Casa de Misericórdia, que atende a toda Costa do Dendê, na região sul da Bahia. Apesar da dedicação com que trabalham, as equipes do PSF enfrentam obstáculos na prevenção de doenças, por conta dos problemas de falta de saneamento básico, luz e rede de água encanada em alguns bairros.

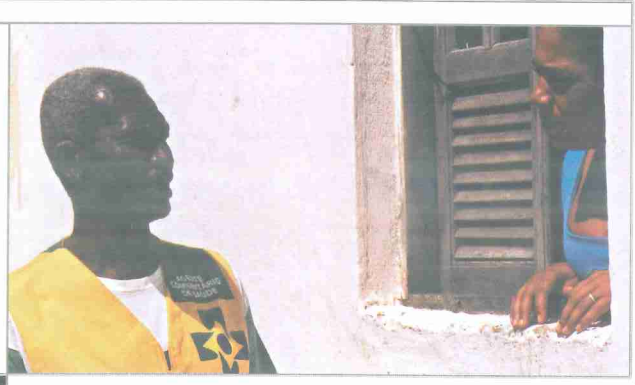
De acordo com as mais recentes análises das equipes, houve aumento considerável de doenças infecto-parasitárias, relacionadas à precariedade do saneamento em Valença.

Há muito o que fazer. Muito, porém, já foi feito. Seu Roque conta que o PSF leva informações sobre aleitamento materno, pré-natal, combate e tratamento às DSTs e Aids, além do controle da hipertensão e do diabetes. Nos casos de problemas de saúde já existentes, encaminha-se para o devido tratamento nas unidades de saúde adequadas. Os resultados das estratégias e ações promovidas para a proteção e recuperação da saúde das famílias de Valença já podem ser identificados. Boa parte das pessoas com hipertensão e diabetes estão recebendo atendimento, diminuiu a taxa de mortalidade infantil, que era bem significativa, assim como reduziu bastante a procura de pacientes no único pronto-socorro da cidade, já que muitos dos casos estão sendo resolvidos nos postos de saúde.

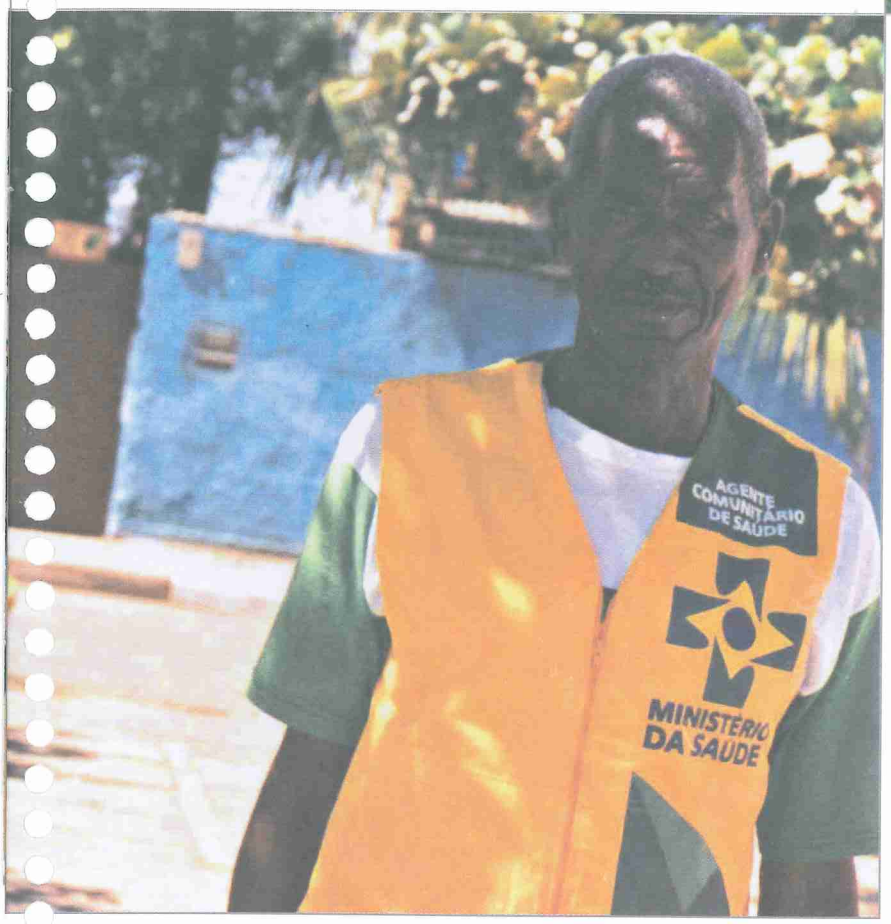
Para seu Roque, os sinais de melhoria de vida do povo humilde de Valença são a grande recompensa pelo trabalho desenvolvido. A seguir, seu depoimento:

"Hoje está provado que um dos melhores trabalhos desenvolvidos na área de saúde, no Brasil, vem sendo feito pelos agentes comunitários de saúde. O agente é o profissional encarregado de entrar em contato com as famílias para conscientizá-las de que, em se tratando de saúde, o melhor caminho é a prevenção. É através da prevenção que podemos resolver os problemas de saúde do Brasil. O agente comunitário de saúde tem por objetivo, também, identificar pessoas debilitadas e encaminhá-las para o local adequado para tratamento.

"Dá para aprender muita coisa boa nesse trabalho. Ao chegar a uma comunidade, nós levamos informações, mas também conhecemos mui-



Há muito que fazer pela saúde de Valença, afetada pela precariedade do saneamento básico. Mas muito já foi feito



tas outras coisas com as pessoas do povo. Por exemplo: eu tenho informações sobre medicina caseira. E lá dentro da comunidade, quando vou indicar determinado chá, que as pessoas da comunidade me apresentam diversas outras folhas. É a coisa mesmo da sabedoria popular, que conta muito na prática.

"Nós, agentes, temos diversas missões e o tipo de orientação vai depender da própria necessidade do público que está naquela comunidade. Se estamos em uma escola com muitos jovens, procuramos orientar sobre a prevenção e tratamento das DSTs e Aids. Num local onde existem mulheres acima de 35 anos, falamos sobre o exame preventivo para combater o câncer do colo do útero. Entre as gestantes e as mães, procuramos conscientizar sobre a importância do aleitamento materno e sobre as alternativas de combate à desnutrição. O bom disso é que muitas vezes as pessoas da própria comunidade passam a ser mensageiros dessas orientações, alertando outros indivíduos.

"Os agentes recebem mais orientações por parte dos enfermeiros. Os médicos nos vêem como uma pessoa de referência, já que somos nós que identificamos os possíveis problemas de saúde nas comunidades e fazemos o encaminhamento para os locais adequados de tratamento. Mas são os enfermeiros que acompanham o nosso trabalho de perto e nos orientam sobre a melhor forma de lidar com a comunidade e de esclarecer as dúvidas.

"Hoje, todos os agentes do PSF têm grande credibilidade nas comunidades e são uma referência mesmo para as pessoas simples. Elas sabem que podem contar conosco para resolver problemas de saúde e muitos outros, pois procuramos ajudar em tudo. Procuramos discutir e ver a melhor solução de todos os problemas identificados por nós na comunidade.

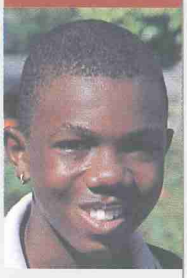
"Já presenciei muitas histórias, como ACS. Uma que me deixou emocionado foi a de um jovem da nossa comunidade que apareceu com sintomas de tuberculose. Por medo, ele resistiu em fazer os exames necessários para começar o tratamento. Depois de muita insistência minha, o jovem acabou consentindo em ir para o hospital e descobrindo que estava com Aids e tentou se matar. A jovem companheira dele e os seus familiares também se desesperaram. Apenas com muita orientação, ele aceitou ser encaminhado para Salvador, para se tratar. Chegamos a fazer uma campanha para arrecadar cestas básicas, visando ajudar esse pessoal. Hoje o rapaz está bem, consciente e convivendo com a doença.

"Nesse trabalho, o que me traz mais felicidade é quando alguém vem de lá e diz: 'Seu Roque, muito obrigado'. E aí eu pergunto: 'Obrigado por quê?' E a pessoa responde: 'Pelo que o senhor fez por mim. Hoje eu sou outra pessoa, muito mais saudável e feliz'. Quando isso acontece, eu tenho mais certeza de que meu trabalho é importante".

REFLEXÕES

Fundamentos, instrumentos e futuro do PSF

Profissionais com vivência em Saúde da Família apresentam suas teses e conceitos sobre as origens, o momento atual e o que se pode esperar de um programa que já atende 50 milhões de brasileiros



Com o Saúde da Família, esperança de um futuro melhor

A experiência dos primeiros oito anos do Programa Saúde da Família mostra que o pior já passou, pois já se conhecem as dificuldades principais e as maneiras de contorná-las em todas as fases, da implantação à expansão e consolidação.

Falta agora o que talvez seja o mais difícil: compreender o programa, tomar consciência das medidas necessárias para que funcione, entender — e fazer com que todos entendam — seu objetivo de reorganizar o sistema de saúde na cidade e no campo, entre os casebres mais simples e entre as residências mais imponentes.

Nas próximas páginas, textos assinados por profissionais com vivência em Saúde da Família contribuem para uma reflexão em profundidade.

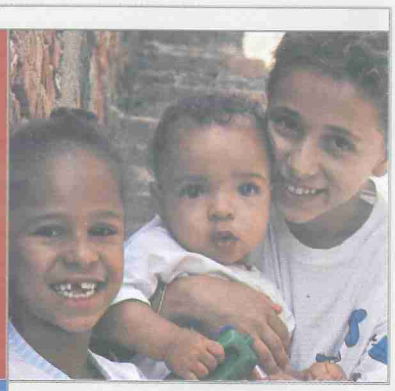
Em seu texto, o mexicano Daniel Acuña, da OPAS/OMS, define o PSF brasileiro como inovador e com perspectiva de influenciar a América Latina.

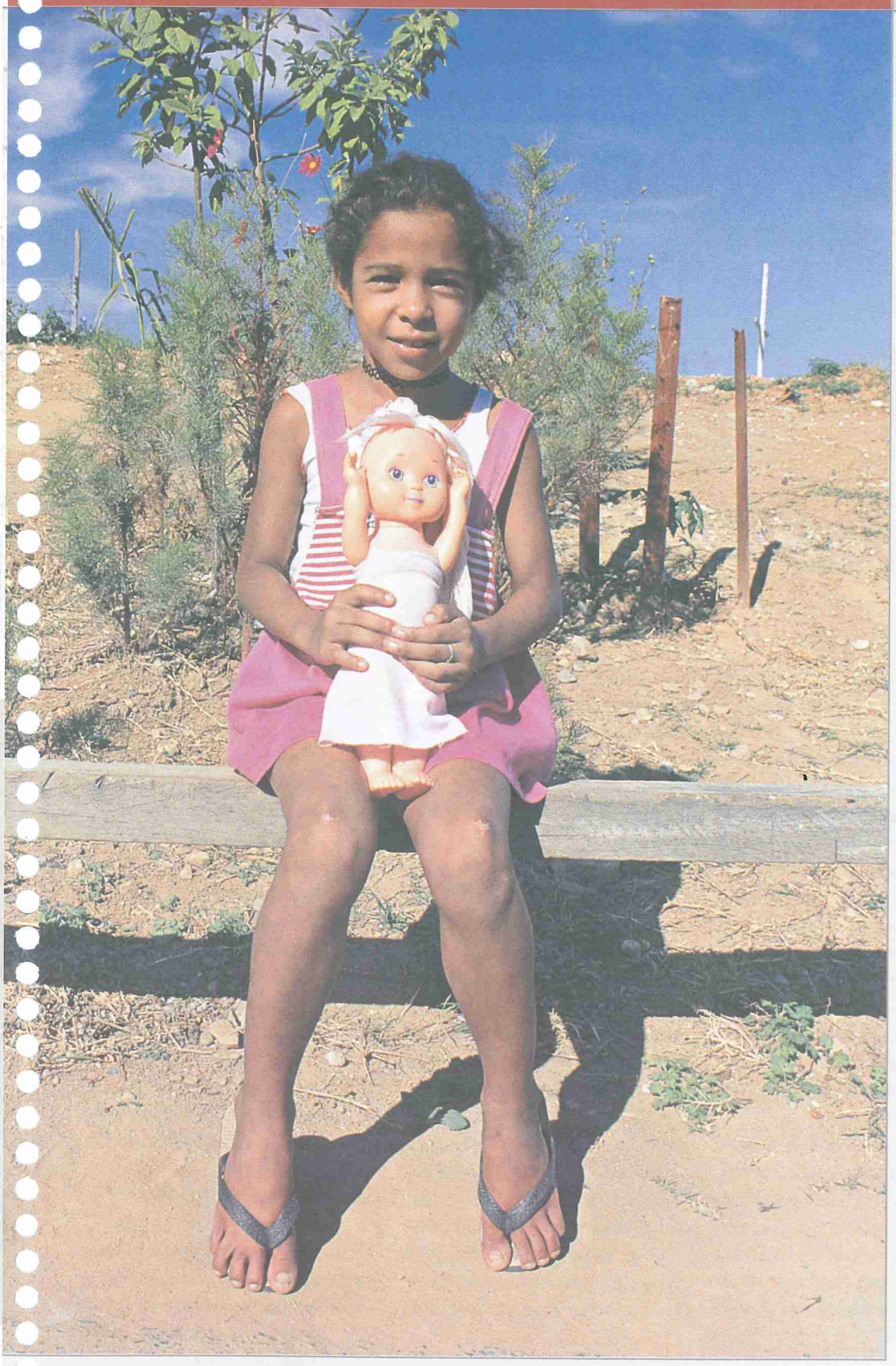
O artigo **Saúde da Família: avanços, desafios e perspectivas** é assinado por Claunara Schilling Mendonça, Luís Fernando Rolim Sampaio e Pedro Gilberto Alves de Lima, da Coordenação de Estratégias para o Desenvolvimento e Gestão da Atenção Básica – DAB/SPS/MS.

Francisco Eduardo de Campos, Mariângela Leal Cherchiglia e Raphael Augusto Teixeira de Aguiar assinam o artigo **Reflexões sobre o Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades**.

Uma resposta abrangente vem em **Por que a Estratégia Saúde da Família**, reflexão elaborada por Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto e Tomaz Martins Junior.

Os artigos refletem a opinião de seus autores e visam contribuir com a discussão sobre a estratégia Saúde da Família.





Para os profissionais das Equipes de Saúde da Família, é essencial conhecer as idéias básicas do programa

PSF: experiência inovadora em matéria de atenção primária para a América Latina e o Caribe



Por
Dr. Daniel Lopez-Acuña
Diretor da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – OPAS/OMS, Washington DC, EUA

O Brasil vem construindo paulatinamente, nos últimos qüinqüênios, importante transformação em seu sistema de saúde e que não tem sido suficientemente difundida no resto do continente. São muitos os passos dados para outorgar expressão material aos grandes objetivos sanitários definidos pelas emendas constitucionais que criaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e que foram decorrentes tanto das Conferências Nacionais de Saúde como da articulação de políticas de saúde nacionais, estaduais e municipais.

Os eixos dessa transformação abrangem múltiplos domínios, todos eles de grande importância, sem cujo entrosamento teria sido impossível avançar de maneira firme. Um desses eixos foi a reforma do financiamento e da seguridade social, que deu lugar à fusão dos recursos que provinham dos pagamentos à Previdência Social. Criou-se assim um esquema de financiamento que permitiu implementar o Sistema Único de Saúde e tornou possível a viabilização do acesso de toda a população aos serviços, sem que a capacidade de pagamento se tornasse um fator restritivo.

Outro eixo fundamental da transformação do sistema de saúde foi a política de genéricos, que tem permitido maior eficiência na despesa farmacêutica, além de manter, ao mesmo tempo, critérios de qualidade e segurança. Com isso, o efetivo acesso aos medicamentos por parte dos usuários também foi melhorado.

Um terceiro eixo da mudança foi o aprofundamento da descentralização na saúde pública, tanto para os estados como para os municípios, impulsionando, dessa forma, não apenas a transferência de competências para os níveis estaduais e municipais, mas também maximizando as oportunidades de controle social, a participação da população nas tarefas de saúde e a construção da cidadania em saúde. Por outro lado, mesmo contando com essas transformações, não teria sido possível executá-las em poucos anos se não tivesse existido uma quinta força de transformação do sistema, ligada à reorientação dos modelos e práticas de atendimento com base na atenção primária de saúde, que serviu para nortear o Programa Saúde da Família.

Nascido como um desenvolvimento inovador em alguns estados e municípios, o Programa Saúde da Família logo provou sua eficácia e



O PSF inspira o desenvolvimento de novos esquemas de trabalho e novos modelos de atendimento que colocam no centro de seus esforços a estratégia de atenção primária à saúde

começou a se transformar em iniciativa para todo o País. Foi assumido pelo governo federal como idéia-força de transformação na prestação de serviços ambulatoriais com capacidade resolutiva, com forte ênfase nas ações preventivas e de promoção da saúde, com a clara visualização das tarefas relacionadas com a saúde pública e a ação intersetorial, e com estreita relação com as organizações comunitárias de base.

Esse modelo logo se transformou em um dispositivo que tornou efetiva a cobertura de serviços para a população mais desprotegida, das áreas rurais e urbanas, onde a garantia financeira de acesso aos serviços, derivada da criação do SUS, por si só não era suficiente para promover esse acesso, visto que não era possível contar com uma infra-estrutura de base que pudesse oferecer os benefícios garantidos pelo sistema em termos de seguridade social.

Uma vez superada a lacuna de acesso financeiro, era agora necessário redefinir e situar a oferta de prestação de serviços a fim de fechar as lacunas de acesso geográfico, cultural e social. E isso teria de ser feito de maneira sustentável e não apenas mediante mecanismos pontuais que estivessem ligados a uma alocação transitória de recursos econômicos ou a um desenvolvimento efêmero de intervenções em saúde, não devidamente articuladas com o restante da rede prestadora. Esse modelo deu lugar à criação de equipes interdisciplinares de trabalhadores da saúde impregnados do espírito da estratégia de atenção primária em saúde, derivada da Declaração de Alma-Ata, de 1978, e inseridas em âmbito de gestão estadual, com forte apoio federal e com clara articulação com as Secretarias Municipais de Saúde.

Esse grande esforço contou com comprometimento técnico, político e financeiro muito evidente por parte da diretoria do Ministério da Saúde do Brasil, que soube somar ao empreendimento outros atores do sistema nos níveis estaduais e municipais, a fim de atingir o sucesso alcançado até o presente.

Hoje em dia já podem ser vistos muitos frutos gerados pelas Equipes de Saúde da Família, os quais terão grande utilidade não apenas para os brasileiros, mas também para o restante da América Latina e o Caribe, pois o Programa Saúde da Família inspira o desenvolvimento de novos esquemas de trabalho e novos modelos de atendimento que colocam no centro de seus esforços a estratégia de atenção primária à saúde e a vontade de reorientar a prestação de serviços centrada na saúde das pessoas e na melhoria de sua qualidade de vida individual e coletiva.

A Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS/OMS tem grande interesse em continuar a acompanhar o desenvolvimento do Programa Saúde da Família e ficará muito satisfeita com a possibilidade de aprofundar a cooperação técnica com esse interessante modelo inovador, apoiando seu crescente aperfeiçoamento nos próximos anos, bem como disseminando a experiência na parte restante das Américas e em outras áreas do mundo, que, sem dúvida, seriam beneficiadas com os importantes resultados até hoje obtidos.

Saúde da Família: avanços, desafios e perspectivas

Por
Claunara Schilling Mendonça
Luís Fernando Rolim Sampaio
Pedro Gilberto Alves de Lima

Departamento de Atenção Básica – SPS/MS



Experiências internacionais evidenciam que um sistema de saúde com forte base em atenção primária torna-se mais eficiente

As bases para implantação do Programa Saúde da Família, lançadas em nível nacional em 1994, surgiram a partir de experiências municipais que foram fundamentais para sua proposição e significaram um passo importante no processo de construção de um sistema nacional de saúde condizente com a realidade de um país marcado por iniqüidades e projetos interrompidos. Abriram-se oportunidades para uma verdadeira "reforma dentro da reforma", tendo como foco central a organização da atenção básica, garantindo oferta de serviços em saúde para a população brasileira, estabelecendo espaços para construção de novas propostas, redefinindo competências e responsabilidades em uma parceria das três esferas de gestão. Iniciou-se um novo ciclo que, a despeito de todas as críticas, encontra nesse momento consenso ímpar no debate nacional, dadas sua consistência metodológica e sua racionalidade operacional.

O Brasil figura entre os países que mais avanços promoveu nos últimos anos, em consonância com experiências internacionais que evidenciam que um sistema de saúde com forte base em atenção primária torna-se mais eficiente e mais equânime, mesmo em situações de grande iniqüidade social (Perrin, 1997; Halfon, 1996; Bindman, 1995; Casanova e Starfield, 1995; Parchman e Culler, 1994; Billings, 1993; Weissman, 1992; Billings e Teicholz, 1990; Billings, 1989; Starfield, 1985, cit. in: Takeda, 1999).

Estudos demonstram que o número de médicos generalistas por habitante tem efeito positivo e independente sobre indicadores vitais como mortalidade global, mortalidade por cardiopatia isquêmica, mortalidade por câncer,



mortalidade neonatal, expectativa de vida ao nascer e baixo peso ao nascer (Shi, 1994). Nos Estados Unidos, mais de um quarto dos óbitos é atribuído à utilização de tecnologia médica desnecessária e/ou inadequada, conseqüente, em especial, do acesso direto a especialistas (Mendes 2001 apud Starfield).

Por outro lado, o Programa Saúde da Família privilegia outras interfaces do sistema de saúde em diversos sentidos: primeiro, por sua vertente municipalista estimular a organização dos sistemas locais; segundo, por pautar essa organização a partir da aproximação dos serviços com sua própria realidade; terceiro, e principalmente, por envolver atores sociais advindos dessas mesmas realidades que se pretendem transformar. De fato, as diferenças regionais são muitas e os municípios encontram-se nos mais diferentes estágios de estruturação, expondo ao risco de parecer impositiva qualquer proposta que defina linhas de intervenção onde estas não existiam.

As Normas Operacionais, que regularam o processo de descentralização ao longo da década de 1990, permitiram a habilitação dos 5.562 municípios brasileiros segundo condições diferenciadas de gestão do sistema de saúde, e a partir da NOB 96 introduziram o PAB e o Saúde da Família como estratégia privilegiada para organização da atenção básica.

Existe uma dificuldade inerente em propor estratégias que se pretendam nacionais e que, ao mesmo tempo, contemplem as especificidades locais. Por outro lado, a constatação de que em sua maior parte os municípios não possuíam, ou não possuem, estrutura propícia para satisfazer às demandas da população exige uma etapa regulamentadora a fim de induzir transformações objetivas na realidade do País.

Um dos grandes avanços do PSF foi provocar intenso movimento em torno da política de saúde nacional, seja com os gestores, repensando novas formas de investir em saúde e priorizando a atenção básica, seja com os usuários, despertando-os para um novo conceito de saúde relacionado à cidadania.

O conceito ampliado de saúde, e suas representações nas comunidades envolvidas com este projeto, conquista legitimação e possibilita novos movimentos que escapam a qualquer intenção reguladora do Estado, relevados os componentes do controle social — fundamental para garantir sustentabilidade à proposta.

Durante todo esse período, viram-se reforçadas as instâncias participativas e os fóruns decisórios com representações de gestores, profissionais e usuários,





influindo sobre essas normas de acordo com as próprias mudanças que foram se dando na prática. A experiência de 8 anos afasta o temor da descontinuidade quando deparamos com a implantação efetiva do PSF em mais de 3.800 municípios de pequeno, médio e grande portes, em todas as regiões do País, envolvendo cerca de 205 mil trabalhadores de saúde, num esforço das três esferas de governo, que revigoram as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Esse crescimento demonstra, na prática, um avanço incontestável na busca da eqüidade no interior do sistema, possibilitando acesso às ações de saúde a um terço da população brasileira, em especial às populações que apresentam maior vulnerabilidade social. Mais que uma ampliação de cobertura, têm-se firmado importantes compromissos que, apesar de implícitos em qualquer discurso formal, expressam resultados concretos, mensurados através de sistemas de informações e pesquisas operacionais. A utilização desses métodos tem demonstrado, inclusive, a necessidade de adequação de alguns sistemas, gerando, como conquistas secundárias, seu aperfeiçoamento, em que pese a importância de todos os recursos humanos apropriarem-se desses instrumentos e aplicá-los de maneira efetiva.

Portanto, a opção por organizar o sistema público de saúde brasileiro investindo na estratégia de Saúde da Família significa a possibilidade real de redimensionamento da alocação de recursos a partir das necessidades de serviços de saúde para as populações, em substituição à lógica da demanda por procedimentos, centrada nas especialidades e no hospital, induzida pela oferta de tecnologias de necessidade questionável.

A proposta do Saúde da Família, como eixo estruturante da organização dos sistemas municipais de saúde, embasa o processo de regionalização, de forma a ampliar sua abrangência, estabelecendo fluxos racionais, muitas vezes existentes de modo informal, entre municípios que tenham condições de apoiarem-se mutuamente.

Se do ponto de vista organizacional o PSF tem avançado significativamente – permitindo, por exemplo, incluir a saúde bucal entre as metas prioritárias [3], são muitos os desafios para a efetivação dos atributos propostos para a atenção prestada pelas Equipes de Saúde da Família no Brasil. Em primeiro lugar, faz-se primordial mudar a lógica positivista, médico-centrada, baseada na produção de procedimentos, na especialização médica e na primazia do hospital, dotando os recursos humanos com saberes e habilidades que sigam os princípios e diretrizes propostas. Iniciativas importantes têm sido tomadas nesse sentido, como o estímulo a mudanças curriculares, inserção de alunos da graduação em experiências de Saúde da Família, cursos de especialização para o Saúde da Família, aumento de vagas nas residências médicas em atenção primária, criação de residências multiprofissionais em Saúde da Família, envolvimento de instituições acadêmicas e de serviços nas atividades dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, incentivo para interiorização dos profissionais, vinculados a cursos de especialização, entre outras. Todas elas dão conta parcialmente do desafio de termos, em curto prazo, um novo perfil profissional para a mudança proposta.

Aqui deparamos com outro desafio representado pela organização do processo de trabalho das equipes. Considerando que o objeto de trabalho da equipe deva estar centrado no usuário (Campos, 1997) e entendendo o processo de saúde e doença como fenômenos clínicos e sociológicos, vividos culturalmente (Minayo, 1992), faz-se necessária uma reformulação de atitude desses profissionais. Eles deverão ser capazes do uso adequado da tecnologia existente para atender e encaminhar as demandas, sejam elas de ordem funcional, orgânica ou social, modificando o trabalho em si, no cotidiano de cada profissional, no seu conteúdo, na divisão de tarefas e na relação entre elas.

Há que se citar ainda os desafios da gestão no contexto desse processo de mudança que exige das equipes gestoras, em especial nos municípios, uma compreensão processual e uma capacidade de gestão diferenciada.

Os profissionais de Saúde da Família devem dominar novos saberes e assumir novas responsabilidades também na gestão dos sistemas



Retorna-se à tônica dos recursos humanos que, também na gestão dos sistemas, devem dominar novos saberes e assumir novas responsabilidades. Não será possível, sem mudanças na gestão, darmos conta de promover e efetivar o processo de transformação proposto.

Enfim, as inúmeras experiências que consolidam o Saúde da Família nas mais diferentes regiões do País apontam desafios a serem superados, mas demonstram o grande potencial de transformação da proposta no sentido da consolidação do SUS.

Utilizamos neste artigo o conceito de atenção primária, classificado por Vuori, 1985, e detalhado por Starfield, 1993, como uma estratégia organizativa da atenção e saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, quais sejam: atenção generalizada, não restrita a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, atenção integrada, atenção continuada; trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada e de apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados com sua saúde e bem-estar.

Bibliografia consultada:
BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Manual de Organização da Atenção Básica. *Brasília, Ministério da Saúde, 1998.*
BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. *Brasília, Ministério da Saúde, 2001.*
CAMPOS, G.W.S. Em Agir em Saúde: Um desafio para o Público. *São Paulo, Hucitec, 1997.*
DONABEDIAN, A. La calidad de la atención medica. Definición y métodos de evaluación. *México, D.F: La Prensa Médica_ Mexicana S.A. de C.V., 1984.*
MENDES, E.V. Os Grandes Dilemas do SUS. *Salvador ,Ed.Casa da Qualidade, ISC. 2001. Tomo II.*
MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. *São Paulo, Hucitec, 1992. p. 15-16.*
SHI, L.; STARFIELD,B.; KENNEDY, B. e KAWACHI, I. Income Inequality, Primary Care, and Health Indicators. The Journal of Family Practice, *v. 48, n. 4 (Apr), 1999.*
STARFIELD, B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. *Barcelona, Masson, 2001.*
TAKEDA, S.M.P. et al. O SSC e a População sob sua responsabilidade. *GHC,DSC, SSC: mimeo, 1999.*

Reflexões sobre o Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades



Por
Francisco Eduardo de Campos[a]
Mariângela Leal Cherchiglia[b]
Raphael Augusto Teixeira de Aguiar[c]

Reforma sanitária e Sistema Único de Saúde

Nosso país viveu uma reforma sanitária bastante característica e sem paralelo na América Latina, que acabou por conduzi-lo aos princípios do SUS vigentes desde a promulgação da Constituição de 1988. Por vários momentos dessa história de construção e luta, pode-se ter gerado a impressão de que o nosso país se encontrava na "contra-mão" das reformas mundiais. No Brasil não são defendidas medidas como a focalização, a cesta básica, a medicina voltada para grupos étnicos, a medicina de "pobre para pobre". Os valores pautados pela Constituição foram constantemente reafirmados pela sociedade, em suas Conferências de Saúde, em seus Conselhos de Saúde, em inúmeros e representativos fóruns com a participação da sociedade civil. É interessante notar que a "moda" das reformas inspiradas pelos organismos financiadores multilaterais, pelos resultados catastróficos, passa a ser questionada até mesmo por alguns de seus entusiastas iniciais[1].

O Programa Saúde da Família e seus desafios vencidos

Apesar de evidentes progressos logrados na reformulação do arcabouço institucional, da descentralização, do controle social e até mesmo recentemente da estabilização do financiamento, houve uma lacuna nos primeiros anos da implantação do SUS no que dizia respeito à modalidade de organização da atenção à saúde, ainda que necessariamente uma proposta como a contida na constituição induzisse à valorização de uma atenção básica resolutiva, única forma de cumprir com o desiderato dos princípios pétreos do SUS, quais sejam a universalidade, a eqüidade e a integralidade[2]. A adoção, no início da década de 1990, da Estratégia de Saúde da Família, como complemento do esforço feito pela implantação do PACS, veio a apresentar uma resposta a este desafio.

Fruto da discussão e da reafirmação de diretrizes que deveriam nortear o cuidado com a saúde em nosso país, agora universal, o Programa Saúde da Família (PSF)

(a) Professor Adjunto do DMPS-FM/UFMG e Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON)
(b) Professora assistente do DMPS-FM/UFMG e pesquisadora do NESCON
(c) Mestrando em Saúde Pública da FM/UFMG e pesquisador do NESCON

A proposta do Saúde da Família é original e inédita, ainda que baseada nas idéias de atenção primária aceitas internacionalmente



acaba de vencer importante etapa em sua consolidação nacional: a cobertura de 50 milhões de brasileiros (algo menos de um terço da população brasileira). Encontra-se, pois, diante de nova etapa e de todos os desafios inerentes a ela.

A proposta do Saúde da Família, ainda que baseada nas idéias de atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde aceitas internacionalmente, é original e inédita em sua concepção. Não há registros de modelos como o brasileiro em outros países do mundo. Ao contrário da Medicina Familiar (modelo vigente em vários países da Europa, Canadá e Oceania), o Saúde da Família pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como ferramenta para alcançar a integralidade do cuidado à saúde na atenção primária.

Tendo atingido tal cobertura, esse novo modelo assistencial venceu preconceitos, demoveu barreiras de pensamentos e atitudes, e mostrou ser importante ferramenta para a constituição de vínculo e continuidade do cuidado na comunidade — calcanhar de Aquiles do modelo assistencial anterior, no qual a ênfase na cura individual em detrimento da atenção coletiva e a preferência do ambiente hospitalar como *locus* assistencial dos necessitados transformavam as ações de saúde em vetores multidirecionais, sem um resultado final sinérgico.

Ao ser implantado em uma razoável extensão do território brasileiro, o PSF contribuiu para que os profissionais de saúde o conhecessem e o respeitassem como uma prática potencializadora das ações de saúde, calcadas na integralidade e na responsabilização da equipe e do seu trabalho. Estava vencido o primeiro desafio, o da adesão profissional: vários profissionais identificaram a oportunidade de transformação do contexto de seu trabalho com essa proposta e importantes adesões foram obtidas. Ficou patente também a noção de que essa substituição para um modelo valorizador da qualidade e da eficácia em saúde dependeria muito do empenho de cada um, uma vez que



todos seriam agentes de mudança e não beneficiários passivos do novo processo de trabalho.

O PSF, ao propor a concentração de esforços na integralidade do cuidado em saúde e na universalização de fato da assistência, ganhou parceiros importantes: os usuários do Sistema Único de Saúde, que reconheceram no modelo proposto um meio de obter uma atenção holística e duradoura por parte de uma equipe multiprofissional. Um segundo desafio foi aqui enfrentado com sucesso, e a sociedade passou a confiar e apoiar o novo modelo assistencial.

O terceiro desafio à proposta do PSF vem sendo resolvido gradualmente. A falta de garantias de continuidade do programa (devido às mudanças dos ventos políticos) desanimava os profissionais de saúde e extinguia as fagulhas de entusiasmo na maioria dos atores envolvidos. Ao consolidar, porém, a sua legitimação perante a sociedade, a continuidade do programa passou a ser uma demanda das comunidades beneficiadas. Articuladas, elas passam a desenvolver mecanismos de pressão visando à manutenção do Saúde da Família, independentemente das forças políticas que atuam nelas.

A Constituição de 1988 delega ao SUS a responsabilidade sobre a ordenação dos recursos humanos em saúde

Desafios vindouros

O recente início da implantação do PSF em áreas metropolitanas nos alerta para uma nova etapa de execução do novo modelo assistencial. Ali, paradoxalmente, existem fatores facilitadores e dificultadores da implantação da proposta. Por um lado, o mercado segmentado em

especialidades encontra-se muito mais consolidado, o que faz prever uma reação por parte dos especialistas e das corporações profissionais. Por outro, é nessas regiões que se pode fazer um esforço mais coerente de iniciar um processo de educação permanente das equipes, dado que aí se concentram as instituições acadêmicas.

Efeito colateral dessas parcerias entre academias e serviços, mas não por isso menos importante, poderá ser a reformatação da formação profissional, com a exposição do trabalho das ESF aos graduandos, criando *role-models* que redirecionem suas opções profissionais. A aceitação da proposta de valorizar mais o cuidado que a cura em si, tendência presente na maioria dos sistemas de saúde no mundo, está a indicar que a busca de modelos que associem continuidade da atenção e responsabilização entre equipes profissionais deverá transbordar as fronteiras do setor público no Brasil nos próximos anos.

Isso poderá criar um movimento de emulação entre os graduandos que, vendo valorizada socialmente esta opção, a ela adiram não como uma passagem, mas como uma opção profissional valorizada e efetiva, como ocorre em muitos países desenvolvidos. Uma fase cujo sucesso dependerá diretamente de sua aceitação pelas academias e corporações profissionais nessas novas áreas, bem como das políticas de formação e capacitação profissional para o exercício da atenção primária (conduzidas hoje de diferentes formas e baseada nas mais diversas experiências e tradições dos estabelecimentos envolvidos)[3].

A Constituição de 1988 delega ao SUS a responsabilidade sobre a ordenação dos recursos humanos em saúde, e o uso dessa prerrogativa torna-se indispensável à continuidade do sucesso de um modelo assistencial que se pretende integral. A formação médica no Brasil é ainda baseada no ensino flexneriano e fragmentador, que usa a lógica da especialização na produção do trabalho como práxis para a otimização da assistência, e uma mudança de modelo assistencial objetivando a eficácia das ações em saúde implica obrigatoriamente o repensar do ensino das práticas anteriores. Faria sentido manter a lógica atual da educação médica e promover residências médicas apenas para corrigir o enfoque tradicional?

Em todos os países foram realizadas firmes tentativas de incentivar a formação de generalistas. No Brasil, 89% dos formandos buscam as especialidades (o que não é regido pela necessidade do sistema, mas sim por interesses diversos, por vezes corporativos). Considerando que o SUS deve ordenar a formação de RH, podemos chegar a algumas conclusões. A primeira delas é que as grandes necessidades da população brasileira podem ser resolvidas por profissionais que não se darão ao luxo da residência médica. Não podemos continuar irracionalmente pensando em recursos para financiar residências desvinculadas da realidade e da necessidade do sistema. O papel das Universidades, no sentido de apoiar a formação e capacitação dos profissionais do PSF, é indispensável, e muitas já somam contribuições importantes, como da UFMG, que capacita no presente momento aproximadamente 250 médicos e enfermeiros já inseridos no BH Vida — Programa de Saúde da Família da cidade de Belo Horizonte.

A melhoria da qualidade da atenção primária é um tema que deve ser tratado com firmeza, com investimentos na investigação nesta área, utilizando estratégias e instrumentos já viabilizados, como é o caso dos protocolos assistenciais, tendo como base a educação permanente das equipes. É preciso avançar na Atenção Básica, assim como incorporar soluções tecnológicas no enfrentamento dos problemas de saúde, como o uso da Telemedicina e da Educação a Distância. A criação de uma rede de apoio para dar suporte aos profissionais, principalmente àqueles que estão distantes dos grandes centros, é fundamental para o aumento de sua capacidade resolutiva.

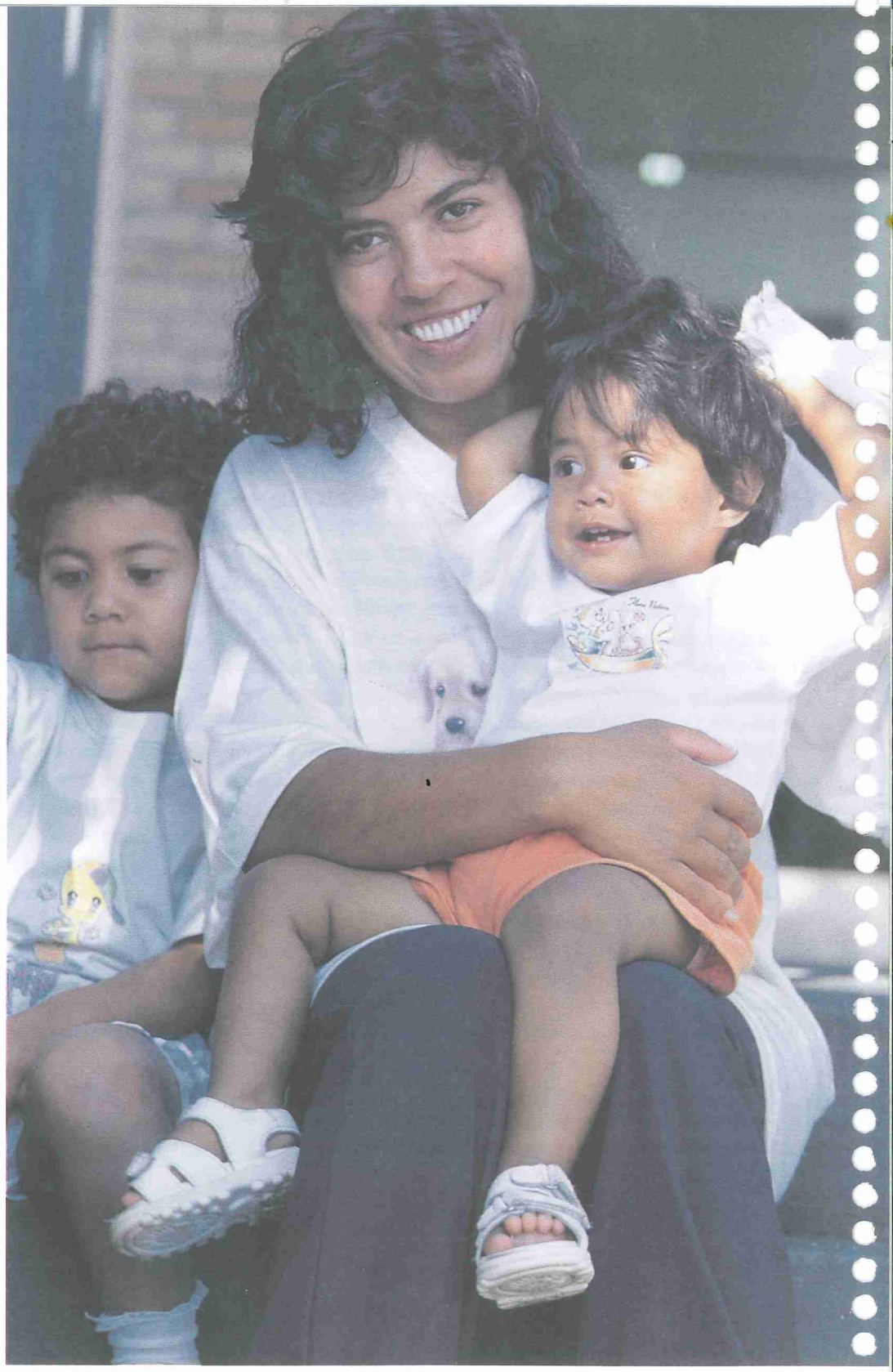
O Ministério da Saúde deve ter alternativas para aumentar a capacidade resolutiva e melhorar as condições de assistência. É necessário qualificar e investir neste processo pedagógico para se avançar nesta questão.

Bibliografia consultada:
1. LOPEZ-ACUÑA, D. Health Sector Reform in the Americas: Improving the Research to Policy Interface. *Workshop Report. Montreal, 18-20 April 2001.*
2. CAMPOS, F.E. e BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface: comunicação, saúde, educação. *v. 5, n. 9, p. 133-158, ago. de 2001.*
3. SANTANA, J.P: Reflexões sobre a formação médica para o programa de saúde da família. Rev. Assoc. Saúde Pública, *Piauí, 2(1), jan/jul de 1999, p. 84-86.*

50 milhões
Programa Saúde da Família

REFLEXÕES





(a) Médico, doutorando em Saúde Pública da Unicamp, professor da Faculdade de Medicina da UFC, Secretário Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral
(b) Médica, mestre em Saúde Pública pela UFC, professora de Medicina da UFC/Sobral, Coordenadora da Residência em Saúde da Família de Sobral
(c) Odontólogo, mestrando em Políticas Públicas da UVA, Diretor Presidente da Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral

Por que a Estratégia Saúde da Família

Por
Luiz Odorico Monteiro de Andrade[a]
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto[b]
Tomaz Martins Junior[c]

Introdução

A opção brasileira de implantar a Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro do processo de universalização com eqüidade e integralidade das ações e serviços de saúde vem provocando um debate salutar entre os operadores do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF seria medicina de pobre para os pobres? Representaria a implantação de um pacote básico no SUS, segundo os moldes propostos pelas agências financeiras externas? Seria um programa vertical do Ministério da Saúde (MS), privando os gestores municipais da possibilidade de criar e organizar seus Sistemas Municipais de Saúde de acordo com as realidades locais? Seria um modelo mantenedor da biomedicina? O médico integrante da ESF deve ter formação idêntica aos dos tradicionais médicos de família dos modelos de medicina familiar da Inglaterra, Canadá, Cuba, ou, sua versão brasileira, a Medicina Geral Comunitária?

Neste trabalho tentar-se-á fundamentar a hipótese de que a ESF representa um avanço para o Brasil quando comparada às outras formulações discursivas que foram operadas em vários espaços, acadêmicos e/ou de serviços, buscando a superação do modelo hegemônico médico assistencial privatista Mendes[1].

Este artigo, no que diz respeito ao tema, passa a ter um componente de depoimento histórico, pelo fato de os autores, como constataram Goya[2], Miranda[3], Viana e Dal Poz[4], Andrade e Martins[5], Barreto[6], Andrade[7] e Souza[8], terem tido um envolvimento histórico na adoção do termo "saúde da família" e da "estratégia" em si, além de serem responsáveis, com a inestimável colaboração de dezenas de colegas médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), compromissados com a causa da melhoria da atenção à saúde para o povo brasileiro, pela implementação de uma das primeiras experiências da ESF no Brasil[9].

A implantação do SUS e a Estratégia Saúde da Família

Um dos grandes desafios enfrentados pelo Brasil, no atual momento político de construção do SUS, está sendo a efetivação dos princípios constitucionais de acessibilidade, universalidade e integralidade. Sem dúvida, a universalidade é um dos grandes legados do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que estava conectado a toda uma formulação discursiva estabelecida na América Latina na década de 1970, e, como sentenciou Nunes[10], "bebeu na fonte" do materialismo dialético. A ESF se insere neste contexto, pois vem viabilizando a acessibilidade horizontal, imprescindível para garantir a universalidade com integralidade desejada pelos operadores do discurso do MRSB.

Neste artigo, lançar-se-á mão do que foi formulado por Andrade[11], que propôs uma tipologia de análise da Reforma Sanitária Brasileira, utilizando "uma figura geométrica tridimensional, formada por três eixos que se movimentam na linha do tempo conforme a predominância de um dos seus vetores. Os três eixos dessa figura são: eixo político, eixo discursivo e um eixo paradigmático (Figura 1). A idéia de compor os eixos está referenciada em Japiassu[12], Arouca[13] e Dâmaso[14], este último fazendo uma referência a Foucault[15], que tratou da descrição das totalida-

Profissionais engajados no Movimento pela Reforma Sanitária e o nascimento da proposta Em Defesa da Vida, no final da década de 1980



des culturais, evidenciando o conceito de episteme, ou seja, o "conjunto das relações que se podem descobrir para uma época dada entre as ciências, quando são analisadas no nível das regularidades discursivas".

Dâmaso[14] clarifica quando conceitua episteme como "a legislação lógica do conhecimento de uma época determinada e os saberes organizados". Ressalta ainda que ela "tem, necessariamente, de fundar espaços de domínio e condições de poder efetivo, ou, o próprio termo saber nem sequer lhe dirá respeito. Determinado campo de saber, tomado como foco e referência numa configuração social histórica, tem como sua configuração externa os efeitos sistemáticos de sua articulação nos processos sociais".

Quando focamos o nascimento da ESF à luz do desenvolvimento histórico do SUS no Brasil, justamente na década de 1990, podemos visualizar a evolução dos seus componentes: **políticos, discursivos e paradigmáticos**. Neste trabalho objetivamos situar o nascimento da ESF dentro desta tipologia proposta, que pode ser visualizada nas Figuras 1 e 2 e no quadro da pág. 79.

O nascimento da ESF e o eixo político-normativo-operativo no início da década de 1990

Quando analisamos o quadro da pág. 79 podemos perceber que a ESF é "filha" da conjuntura de implantação do SUS. Do ponto vista do Eixo Político, já no princípio da década de 1990, inicia-se todo o processo de regulamentação do SUS. Novos atores entram em cena no MRSB. São os Secretários Municipais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e os Secretários Estaduais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass).

Foi dando continuidade a este movimento que se iniciou todo o processo de pactuação infraconstitucional do SUS, tendo sido editada, então, a chamada Lei Orgânica da Saúde Brasileira (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90).

Ainda como forma de garantir a flexibilidade ao processo de descentralização e respeitando as diversidades das realidades municipais, como também estaduais, foram asseguradas instâncias de negociação e pactuação entre os gestores do SUS: as Comissões Intergestores Bipartites, para os Estados. Em nível nacional a instância de pactuação é a tripartite, que é composta por técnicos do Ministério da Saúde, pelo Conass e pelo Conasems.

Outro ganho deste sistema foi a instalação das instâncias de participação social: os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Hoje há um Conselho Nacional de Saúde com caráter deliberativo, 27 Conselhos Estaduais de Saúde e mais de 5 mil Conselhos Municipais de Saúde.

O nascimento da ESF e o eixo político-discursivo no início da década de 1990

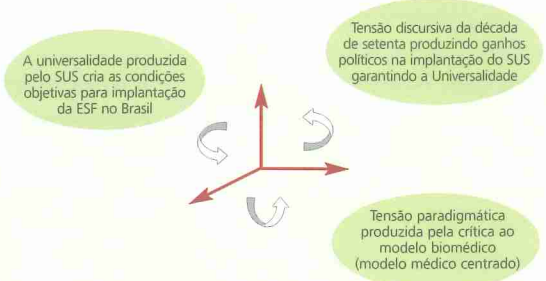
Já do ponto de vista do Eixo Discursivo, o que podemos observar na década de 1990 é um aprofundamento do discurso sanitário brasileiro produzido nas décadas de 1970 e 1980, que tiveram como pano de fundo uma profunda crítica ao

Figura 1: Representação gráfica dos eixos político, discursivo e paradigmático que perpassam a implantação do SUS no Brasil



Andrade, 2000.

Figura 2: Representação gráfica das tensões político-operativas, discursivas e paradigmáticas que influenciaram a criação da ESF



Andrade & Barreto, 2002.



modelo médico assistencial privatista herdado dentro do aparelho do Estado pelo ex-INAMPS. Esta produção discursiva não só foi significativa e meritória como já embute uma propositura de construção de uma nova modelagem tecnoassistencial que vai fundamentar a base discursiva dos formuladores-operadores da Estratégia Saúde da Família [1,16,17,18,19,20,21].

Principais formulações discursivas de superação do modelo médico assistencial privatista no Brasil

O caso: Em Defesa da Vida

A proposta Em Defesa da Vida nasce, em Campinas, no final da década de 1980, galvanizada por um grupo de profissionais engajados no Movimento pela Reforma Sanitária, que tinham atuação no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e criaram o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA), na Unicamp.

O LAPA tornou pública sua proposta de Modelo Tecnoassistencial durante a Nona Conferência Nacional de Saúde em 1992 [17,20]. Em Defesa da Vida estava fundamentado nos princípios: a) gestão democrática; b) saúde como direito de cidadania; c) serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Silva Jr.[20], descrevendo a caracterização do modelo e citando Mehry, enfoca que este tenta estabelecer "um compromisso com uma maneira de gerir e agir no campo das ações de saúde, que coloca a atuação democrática dos sujeitos sociais no centro do processo de produção de serviços e no campo de formulação de políticas".

A proposta foi implantada inicialmente na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (1989-1991), nos municípios de Piracicaba-SP, Ipatinga e Betim-MG, Volta Redonda-RJ. Além de ter influenciado de forma significativa a organização de inúmeros sistemas municipais de saúde através de suas publicações.

O caso: Ação Programática

Aqui se chama a atenção para os discursos produzidos pelos formuladores de modelos como a Ação Programática em Saúde, elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da USP e que tiveram como espaço de reflexão prática o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa [22,23].

A Programação em Saúde, conforme estudo de Nemes [24], tinha como principais características tecnológicas organizar o processo de trabalho a partir de: "a) operação de atividades eventuais para a demanda espontânea para quem procurasse o serviço por qualquer motivo ou atividades de rotina para demanda organizada; b) programas definidos por ciclos de vida ou por doenças especiais ou por importância sanitária; c) definição das finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas; d) hierarquização interna de atividades; e) articulação das atividades por equipes multiprofissionais ; f) padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais; g) sistema de informação que permitia avaliação na própria unidade; h) gerência da unidade por médicos sanitaristas e i) regionalização e hierarquização das unidades".

O caso: Sistemas Locais de Saúde

Talvez de todas as propostas de modelos tecnoassistenciais, aquela que se discutiu nacionalmente de maneira mais forte, em torno de todo o processo inicial de operacionalização do SUS no final da década de 1980 e início da década de 1990, foi a dos Sistemas Locais de Saúde (Silos), bastante difundida pela representação da OPAS/OMS em vários Estados brasileiros, e operacionalizada principalmente no Estado do Ceará.

No Ceará, foi realizada uma estreita parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, abrangendo um amplo processo de mobilização

A integração do agente comunitário de saúde na estratégia trouxe para a equipe os sentimentos e os conhecimentos de quem pertence ao território-população





em vários municípios, destacando-se Quixadá, Iguatu e Beberibe, onde já em 1994 foram implantadas as primeiras equipes do PSF. Outras cidades importantes que iniciaram a implementação do modelo de Silos foram Salvador, Natal, Belo Horizonte, Timóteo e Ipatinga-MG, e Curitiba[1,19,20].

A modelagem proposta pelo Silos referencia-se a conceitos que ora foram desenvolvidos à luz de experiências latino-americanas, OPAS[25], ora em conceitos que tiveram forte influência da matriz discursiva do "Movimento da Reforma Sanitária Brasileira", de cunho dialético. Um destes exemplos é a idéia de território que foi fortemente influenciada pelas formulações de Santos[26], que concebeu o território como um espaço em permanente construção e um espaço de construção de solidariedade, e de Mendes[1], como um território-processo.

Outro conceito-chave na idéia dos Silos foi a formulação do conceito de problema, onde aparece a influência da produção de Matus[27]. Esse autor faz uma relação importante entre o conceito de problema e a representação social de necessidades de saúde. O enfoque centrado em problemas demarcou de forma significativa a idéia de ação por programas de saúde.

Outro termo importante que foi produzido neste período foi o conceito de Vigilância à Saúde. Definido como uma "prática sanitária informada pelo modelo epidemiológico, que articula, sob a forma de operações, um conjunto de processos de trabalho relativos à situação de saúde a preservar, riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias e ambientes coletivos".

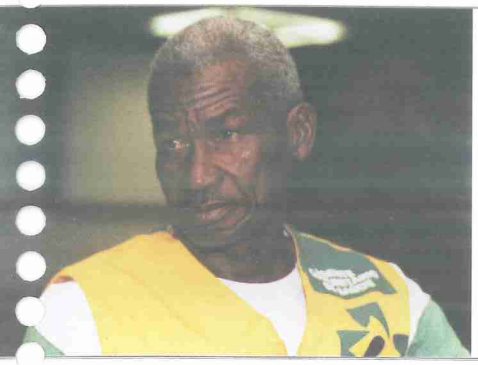
O SUS e a ESF: a superação do modelo assistencial privatista médico centrado no Brasil

Do ponto de vista do Eixo Paradigmático, utilizamos aqui o termo paradigma considerando o conceito de Kuhn[28], entendendo também que o processo de substituição paradigmática não é construído em passe de mágica, ocorrendo em um processo cumulativo mediatizado por acumulações do novo dentro do velho. Neste sentido, o processo brasileiro de acúmulo crítico discursivo antimodelo hegemônico da biomedicina opera ainda com os elementos ideológicos do modelo médico assistencial privatista[1].

Facilitou-se de forma substancial a aceitação de que a estratégia de construção do novo modelo técnico assistencial fundado dentro dos princípios norteadores do SUS não fosse centrada na figura do Médico (Programa Médico de Família ou Programa de Medicina Geral Comunitária), e sim na "Saúde da Família". A opção por esse termo viabilizou a idéia de saúde operada como qualidade de vida e do conceito abrangente de saúde, garantido na Constituição Federal de 1988.

A idéia de não centralizar a estratégia estruturante do SUS, como posteriormente configurou-se o Programa Saúde da Família, em um único profissional de saúde possibilitou a construção da idéia de Equipe Interdisciplinar. Nessa equipe, naturalmente integraram-se os milhares de agentes de saúde já em atuação em todo o País à época, com expressivos resultados na melhoria de indicadores de saúde na população beneficiada pelo programa[29], assim como dos enfermeiros supervisores.

A adoção do termo PSF ocorreu como resultado da convergência vetorial desta figura tridimensional (Figura 1), produzindo rotações que são vistas na Figura 2, criando sem dúvida uma outra figura, pois o determinante para que a pactuação tripartite brasileira gerasse de forma praticamente consensual a denomi-



nação "Saúde da Família" foi fruto do acúmulo histórico dos três eixos: político, discursivo e paradigmático, produzidos pelos sujeitos pensantes/operativos do SUS.

A ESF inclui elementos dos três projetos de superação do modelo médico-assistencial-privatista já mencionados, tais como: saúde como direito de cidadania e dever do Estado; serviços publicos de saúde voltados para defesa da vida individual e coletiva; atuação com definição de território e população adstrita; planejamento estratégico situacional participativo, tendo como base a eleição de problemas prioritários pela população em conjunto com a equipe de saúde, e utilizando-se das ferramentas da Vigilância à Saúde; gestão democrática; operação de atividades eventuais para a demanda espontânea ou atividades de rotina para demanda organizada; programas definidos por ciclos de vida, doenças especiais ou importância sanitária; hierarquização interna de atividades; equipe multiprofissional; protocolos para atividades e condutas terapêuticas principais; sistema de informação para avaliação na própria unidade; regionalização e hierarquização das unidades.

Entretanto, visualizam-se também diversos avanços na ESF em relação às propostas que a precederam historicamente, entre eles:

a) O alcance nacional: em dezembro de 2001, estavam em funcionamento no Brasil 13.168 equipes, o que significa 26.336 profissionais médicos e enfermeiros, trabalhando em 3.684 municípios; 2.248 equipes de saúde bucal em 1.288 municípios, e 152.861 agentes comunitários de saúde, atingindo 4.786 municípios, o que vem viabilizando na prática o princípio da Acessibilidade do SUS.

b) A importância atribuída ao trabalho em equipe multiprofissional e à interdisciplinaridade chega a ser mencionada nas propostas anteriores; em um exame mais atento, entretanto, fica patente a centralização do trabalho na figura do "médico" nos casos citados. Na proposta da Ação Programática em Saúde, afirma-se que a direção das unidades deve ser exercida por "médicos sanitaristas"[24]. Outro aspecto importante é a resistência que a categoria médica, expressada em diversos fóruns de discussão, vem demonstrando em relação a cursos de pós-graduação multiprofissionais para formação de especialistas em saúde da família, como a Residência em Saúde da Família[6]. A interdisciplinaridade torna a atuação da ESF mais próxima de alcançar o princípio da Integralidade, tanto na linha da implementação de medidas de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde, como no sentido de tratar cada indivíduo como um ser total. A abordagem integral dos indivíduos fica mais fácil com a soma dos olhares dos distintos profissionais integrantes da equipe.

c) A integração do ACS na estratégia, o que trouxe para equipe os sentimentos e os conhecimentos de quem pertence ao território-população, e por isso é, na maioria dos casos, naturalmente defensor de seus anseios e lutas para suprir suas necessidades em saúde. O ACS exerce com freqüência o papel de interlocutor de "seus vizinhos" entre os "doutores", de linguagem muitas vezes inacessí-

Eixos Político, Discursivo e Paradigmático Operados no Setor Saúde no Brasil por Ocasião do Nascimento da ESF no Início da Década de 1990

Eixo Político-Operativo-Normativo

1. Lei Orgânica da Saúde
2. Novos atores institucionais (Sec. Municipais, Sec. Estaduais e Conselheiros)
3. Criação de câmaras de pactuação (bipartites e tripartites)
4. Estruturação no âmbito do SUS dos componentes Administrativos da Federação (União, Estados e Municípios)
5. Firmação do processo de controle social
6. Municipalização
7. Norma Operacional Básica
8. Implantação do PACS
9. Implantação do PSF

Eixo Discursivo

1. Tecnologia baseada na racionalidade organizativa produzida na década de 1980
2. Racionalidade estratégica no planejamento
3. Crítica aos modelos centrados na racionalidade da epidemiologia
4. Elaboração de propostas de superação do modelo de atenção médico assistencial privatista.
   a) Ação Programática em Saúde de São Paulo
   b) Modelo em defesa da Vida de Campinas
   c) Silos (OPAS/OMS) implantado em vários Estados (principalmene Ceará e Bahia)

Eixo Paradigmático

O SUS foi fundamentado em uma profunda crítica ao paradigma hegemônico da biomedicina, também conhecido como modelo médico centrado. Mantenedor ideológico do modelo médico assistencial privatista

Ao se configurar como uma política pública, a Equipe de Saúde da Família agrega um caráter suprapartidário e amplia seu espectro político e discursivo



vel, constituindo-se, sem sombra de dúvida, no mais forte elo entre os demais membros da ESF e a população.

d) Sua viabilização em grandes aglomerados urbanos, este, sem dúvida, está sendo um dos maiores testes por que a ESF passa atualmente. Alguns exemplos nos chamam a atenção: São Paulo, Belo Horizonte e Campinas. São Paulo tem uma história singular, por ter sido a última cidade brasileira a aderir ao processo de municipalização, só fazendo isso na atual administração, em substituição ao Plano de Assistência a Saúde (PAS)[31]. A opção do município foi a de universalizar a ESF (previsão de implantar até 2004 mais de 1.700 equipes). Belo Horizonte passa atualmente por processo muito rico de reconversão de toda sua rede básica para a ESF. Uma previsão de só este ano implantar mais de 500 equipes. Campinas, uma cidade que tradicionalmente tem uma rede básica importante, onde o Modelo Técnico Assistencial em defesa da vida foi concebido[32], também fez, na atual administração, sua opção de implementar a ESF, que localmente vem sendo chamada de "Paidéia".

e) A ESF vem hoje se configurando não como uma política de governo, mas como uma política pública, o que cada vez mais agrega a ela um caráter suprapartidário, ampliando o seu espectro político e discursivo, fortalecendo a possibilidade de superação paradigmática do modelo médico centrado, a que se propôs.

Bibliografia consultada:

1. *MENDES, E.V. (org.) et al.* Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, *São Paulo, Hucitec, 1994.*
2. *GOYA, N.* O SUS que deu certo. *Unicef, Fortaleza, 1996.*
3. *MIRANDA, A.S. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estadual do Ceará.*
4. *VIANA, A.L.D e POZ, M.R.D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.* PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, *Rio de Janeiro, 8(2): 11-48, 1998.*
5. *ANDRADE, L.O.M. e MARTINS Jr., T. Saúde da Família: Construindo um Novo Modelo: a Experiência de Sobral.* SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas. *Ano I, v. I, n° 1, out/nov/dez de 1999. p.7-17.*
6. *BARRETO, I.C.H.C.; OLIVEIRA, E.N.; ANDRADE, L.O.M. Residência em Saúde da Família: Desafio na Qualificação dos Profissionais na Atenção Primária.* SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas. *Ano I, v. I, n° 1, out/nov/dez de 1999. p.18-26.*
7. *ANDRADE, F.M.O.* O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento. *Fortaleza, 1998.*
8. *SOUZA, M.F.* Agentes Comunitários. *São Paulo, Hucitec, 2001.*
9. *QUIXADÁ.* Plano Municipal de Saúde. *Prefeitura Municipal de Quixadá. Quixadá – Ceará, 1994. Mimeo.*
10. *NUNES, E.D.* Sobre a Sociologia da Saúde: Origens e Desenvolvimento. *São Paulo, Hucitec, 1999.*
11. *ANDRADE, L.O.M.* Onze Mil Noites da Reforma Sanitária no Brasileira. *Fortaleza, 2000. No prelo.*
12. *JAPIASSU, H.* Questões Epistemológicas. *Rio de Janeiro, Imago. 1981.*
13. *AROUCA, A. S. S.* O dilema preventivista: contribuição à crítica da medicina preventiva. *Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1975.*
14. *DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In:* Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria. *São Paulo, Cortez, 1989.*
15. *FOULCAULT, M.* Sobre as Palavras e as Coisas.
16. *CAMPOS, G.W.S.* A Saúde Pública e a Defesa da Vida. *São Paulo, Hucitec, 1994.*
17. *MERHY, E.E.* A Saúde Pública como Política – Um Estudo de Formuladores de Políticas. *São Paulo, Hucitec, 1992.*
18. *CECÍLIO, L.C.O (org.) et al.* Inventando a Mudança na Saúde. *São Paulo, Hucitec, 1994.*
19. *ANDRADE, L.O.M. e GOYA,N.* Sistemas Locais de Saúde em Municípios de Pequeno Porte. *Fortaleza, Cidadania, 1992.*
20. *SILVA JR. A.G.* Modelos Tecnoassistenciais em Saúde – O Debate no Campo da Saúde Coletiva. *São Paulo, Hucitec, 1998.*
21. *SILVA, S.F.* A Construção do SUS a Partir do Município. *São Paulo, Hucitec, 1996.*
22. *SCHRAIBER, L.B.* Programação em Saúde Hoje. *São Paulo, Hucitec, 1993.*
23. *MENDES-GONÇALVES, R.B.* Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. *Hucitec-Abrasco, São Paulo,.1994.*
24. *SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; GONÇALVES, R.B.M.G. Prática Programática em Saúde. In:* Saúde do Adulto Programas e Ações na Unidade Básica. *São Paulo, Hucitec, 2000. p.48-65.*
25. *OPAS e OMS.* Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: La Administración Estratégica. *Washington, 1992.*
26. *SANTOS, M.* A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. *3. ed. São Paulo, Hucitec, 1999.*
27. *MATUS, C.* Adeus, Senhor Presidente, Governantes Governados. *São Paulo, FUNDAP, 1997.*
28. *KUHN, T.S.* A Estrutura das Revoluções Científicas. *São Paulo, Perspectiva, 1995.*
29. *SVITONE, E.C.* Revista Pan Americana de Salut Publica: Primary Lessons from the Northeast of Brazil – The Agentes de Saúde Program. *n. 5, vol. 7 Washington, maio, 2000.*
30. *MENDES, E.V.* Uma Agenda para a Saúde. *São Paulo, Hucitec, 1996.*
31. *PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO.* Plano Municipal de Implantação do Programa Saúde da Família. *São Paulo, 2000.*
32. *CAMPOS, G.W.* A Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. *São Paulo, Hucitec, 1992.*

Revista Brasileira de Saúde da Família
ISSN 1518-2355

Edição Especial
maio 2002

Elaboração, Coordenação e Revisão Técnica
Departamento de Atenção Básica
Secretaria de Políticas de Saúde
Ministério da Saúde

Agradecemos as fotografias cedidas pela divulgação

Distribuição e Informação
Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7° andar, sala 718
Tel: (61) 315-2542
CEP: 70058-900 - DF
e-mail: psf@saude.gov.br
www.saude.gov.br

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997