

Reseña Histórica en Atención Primaria

A Experiência Brasileira em Saúde Da Família:
Avanços, Limites e Desafios

*La Experiencia Brasileña en Salud de la Familia:
Avances, Límites y Desafíos*

The Brazilian Experience in Family Health: Advances, Limits and Challenges

RESUMO

Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo, Méd.Dr., Dr.Sal.Púb. (1),
Virgínia Conceição Nascimento
[Fernando, Enf.\(2\).](#)

Introdução: Os indicadores de saúde apresentados pelo Brasil na década de 90 deixavam clara a necessidade de se investir em iniciativas que consolidassem os princípios de universalização, integralidade e equidade, previstos na constituição de 1988. O

Objetivo: Mostrar al Programa de Saúde da Família que teve inicio em 1994, e à posterior Estratégia de Saúde da Família (ESF) , como formas de reorganizar o sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde.

Informação complementar: A operacionalidade da ESF é marcada pela instalação de equipes formadas por médico generalista, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo estes recrutados nas áreas onde devem atuar. A cada equipe se acham adstritas cerca de 800 famílias. A ênfase é dada no desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção sem prejuízo do diagnóstico, tratamento e reabilitação. A atuação é pautada pela eficácia, baixa densidade tecnológica e formação de vínculo. Em 15 anos de existência, é inegável os resultados positivos, tanto do ponto de vista epidemiológico, como no que toca à extensão da cobertura assistencial. Persistem como desafios a substituição em definitivo do modelo tradicional de atenção ainda focado em grande parte na abordagem individual e curativa, a dificuldade para suprir as equipes com recursos humanos na quantidade e na qualidade demandadas pelo ritmo de expansão do programa e a articulação com a assistência de média e alta complexidade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Administração de Recursos Humanos em Saúde, Sistema Único de Saúde , Brasil.

Documento de posición editorial no
sujeito a arbitraje.

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.
Int. 2008, 2 (2): 119-128

Este artículo esta disponible en [www.
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

Filiación de los Autores:

Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil (UFPE) (1), Curso de Graduação em Enfermagem da UFPE (2), Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde do Depto. de Medicina Social da UFPE (1 y 2).

Méd.Dr.: Médico Titulado. Dr.Sal.Púb.: Doctor en Salud Pública. Enf: Enfermera Titulada.

Correspondencia

para el autor: Dr. Antônio Carlos Santo: ag.santo@yahoo.com.br

**RESUMEN**

Introducción: Los indicadores de salud presentados por Brasil en la década de los 90 dejaban clara la necesidad de invertir en iniciativas que consolidasen los principios de universalización, integralidad e equidad, previstos en la constitución de 1988.

Objetivo: Mostrar al Programa de Saúde da Família que se inició en 1994, y a la posterior Estratégia de Saúde da Família como formas de reorganizar el sistema de salud, basados en la Atención Primaria.

Información complementaria: La operacionalización de la ESF se basa en la instalación de equipos formados por un médico generalista, un enfermero, odontólogo, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud, siendo éstos reclutados en las áreas donde deberían actuar. A cada equipo se le adscriben cerca de 800 familias. El énfasis está dado en el desarrollo de acciones de prevención y de promoción, sin perjuicio del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las pautas de actuación se basan en la eficacia, baja densidad tecnológica y formación del vínculo con la población. En 15 años de existencia, son innegables los resultados positivos, tanto del punto de vista epidemiológico como en lo tocante a la extensión de cobertura asistencial. Persisten como desafíos, la sustitución definitiva del modelo tradicional de atención, que aún está mayoritariamente enfocado en el abordaje individual y curativo, la dificultad para suplir los equipos con recursos humanos con la cantidad y calidad demandadas por el ritmo de la expansión del programa, y la articulación con la asistencia de mediana y alta complejidad.

Descriptores: Atención Primaria de Salud, Salud de la Familia, Gestión de Recursos Humanos en Salud, Sistema Único de Salud, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: According to Brazilian health indicators in 90's decade, it was needed to invest in initiatives oriented to consolidate 1988 Constitution principles like universal health care, comprehensive care and equity.

Objectives: To provide information about the Family Health Program (Programa de Saúde da Família), and the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF) as ways to reorganize a health system oriented to Primary Health Care.

Complementary Information: Operative work of ESF is based in the implementation of health teams that included a general physician, a nurse, a dentist, nurse assistants and community health workers, all of them selected in the same areas they should work. Each health team have around of 800 ascribed families. The emphasis is putted on health promotion and prevention, but also is provided diagnostic, treatment and rehabilitation care. Operation norms are based in the efficacy, low-level technology and people link formation. In 15 year, positive results are evident, not only in epidemiologic indicators but also in increased areas covered with health care. At present, keep like unsolved challenges the definitive replacement of traditional model of health care, basically focused in the individual and curative approach, the difficulty to supply health teams in the quantity and quality required to expand the program, and to articulate with middle and high complexity health care services.

Keywords: Primary Health Care, Family Health, Human Resources Management, Integrated Health System, Brazil.



ANTECEDENTES

O contexto sanitário no qual emergiu o Programa de Saúde da Família do Brasil, na primeira metade dos anos 90, era marcado por indicadores de saúde ainda bem distantes dos valores idealizados pela reforma sanitária, que teve início com a aprovação da Constituição Federal de 1988. Assim é, que em 1994 a mortalidade infantil ainda girava em torno de 40 por mil nascidos vivos, as coberturas vacinais estavam longe de atingir a meta de 100% e as doenças crônico-degenerativas se achavam em franca ascensão [1]. Ao mesmo tempo, identificava-se uma extrema desigualdade entre as condições de saúde das diversas regiões do país, a mesma que em muitos casos continua até hoje. Enquanto na Região Sul do país, em 1997, o coeficiente de mortalidade infantil era de 17,54 na Região Nordeste chegava a 50,36 por mil nascidos vivos [2]. No que diz respeito à oferta de serviços de saúde, computava-se naquele ano 1,23 consultas por habitante/ano na Região Norte e 2,24 na Região Sudeste [2]. Quanto ao gasto por internação hospitalar, se contabilizava uma média por leito de 202,07 reais na Região Norte contra 411,36 na Região Sul [3].

Fazia-se necessário investir em iniciativas capazes de consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), efetivando as suas diretrizes de universalização do atendimento e consolidação do processo de descentralização. Além das pressões internas para a superação deste quadro, os organismos internacionais de desenvolvimento, como o Banco Mundial (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) e as agências sanitárias, entre elas a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), também se manifestavam cobrando medidas concretas de redução das desigualdades [3].

Enquanto isso, avultavam na produção científica os estudos segundo os quais os sistemas nacionais orientados pela lógica da Atenção Primária à Saúde, apresentavam melhores indicadores de saúde, menor relação custo-benefício e maiores níveis de satisfação da clientela [4]. Experiências de países europeus, do Canadá e da Nova Zelândia, que a exemplo do SUS, tinham proposta universalizante, reforçavam o papel positivo da APS como primeiro contato com a clientela e como instrumento

de coordenação do sistema como um todo. Os trabalhos destacavam ainda a sua capacidade de ampliação da oferta de atendimento à população, de utilização mais racional da média e da alta complexidade e do fortalecimento da longitudinalidade da atenção, ou seja, do vínculo entre a equipe de saúde e os usuários [5].

Face a esta conjuntura, pensar na Atenção Primária à Saúde (APS) como base do Sistema Único de Saúde, foi um projeto que alcançou ressonância positiva nas diferentes esferas federativas de gestão, entre os trabalhadores de saúde e também no meio acadêmico [6]. As medidas tomadas pelo governo federal na segunda metade dos anos 90 e que alteraram significativamente a gestão financeira do SUS, propiciando uma divisão mais equitativa dos recursos entre as regiões do país, instituindo a transferência direta dos mesmos para os fundos municipais de saúde e assegurando um piso de investimento governamental na saúde, se mostraram de fundamental importância para o êxito da proposta.

É necessário pontuar que a concepção da estratégia brasileira de Saúde da Família articulou noções, conceitos e experiências oriundos de diferentes correntes de pensamento e de práticas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva [7]. A estratégia nutriu-se de experimentos inovadores de modelos de atenção estavam sendo desenvolvidos nesta época por diferentes grupos e instituições que haviam militado no movimento sanitário, e de um amplo arco de alianças responsável pelo desenho da Reforma Sanitária no país, tendo como marco a VIII Conferência nacional de saúde [8], e pela defesa da incorporação de seus princípios na Constituição de 1988 [9]. Entre estas correntes de influência estavam aquelas designadas como “Em defesa da Vida”, “Ação Programática de Saúde” e “Sistemas Locais de Saúde (SILOS)” [3, 10]. Ao mesmo tempo, porém, recebeu influências de programas alternativos implementados por instituições de ensino, entre eles aquele desenvolvido pelo Instituto Materno-infantil de Pernambuco (IMIP) em comunidades da periferia do Recife, e inspirou-se em programas verticais do Governo Federal, como o que foi



implantado no início dos anos 90, nas regiões norte e nordeste do país, para interrupção da epidemia de cólera, que grassava àquela época [7].

Apesar da tensão sempre presente com o modelo flexneriano hegemônico, as discussões e as experiências pontuais oriundas destas propostas iam servindo de amadurecimento da perspectiva coletiva da APS que haveria de predominar na estratégia brasileira de saúde da família. As bases da estratégia se iniciam em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [11], é formalmente instituído como Programa de Saúde da Família (PSF) em 1993, e a partir de 1998 rompe definitivamente com qualquer laço que o pudesse ligar a uma concepção de APS restrita a populações excluídas, colocando-se como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala [7]. Não se constituía, diziam os seus formuladores, numa mera replicação de modelos internacionais de medicina da família ou de atenção simplificada de saúde [12]. Sinalizavam para um projeto claro de reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, levando a saúde mais perto das famílias e com isso melhorando a qualidade de vida dos brasileiros e que era entendida como uma resultante social de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância, que determinada sociedade estabelece como parâmetros para si [7].

A ESTRATÉGIA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CONCEITOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

O conceito de Atenção Primária como item das políticas nacionais de saúde foi firmado por ocasião dos eventos que marcaram o seu surgimento na segunda metade dos anos 1970, a saber: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em 1978 e a Assembléia Mundial de Saúde, em 1979, onde foi definida a estratégia de Saúde para Todos no ano 2000: uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas, garantindo a plena participação de todas as camadas so-

ciais, a um custo que o país e as comunidades pudessem suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e determinação [5]. Antes e após a ocorrência destes marcos, no entanto, propostas que abraçaram estes princípios em diferentes regiões do planeta acabaram por tornar o termo alvo de ampla polissemia. Hoje, abrange desde propostas como a da Atenção Primária Orientada para a Comunidade [13], que remonta a experiências feitas nas áreas rurais da África do Sul nos anos 40 até o paradigma mais recentemente em discussão, da Atenção Primária Renovada [14], passando pela Atenção Primária Seletiva, com seu pacote de atividades e serviços direcionados para as necessidades específicas de uma determinada “população de risco” [6].

Formaram-se, portanto, diversas acepções de APS, em razão da trajetória histórica do conceito, dos diferentes contextos sociais e econômicos onde foi aplicado e do significado que lhe deram diferentes escolas do pensamento sanitário, principalmente na América Latina. Cada uma destas acepções, seja dito, traziam consigo implicações bem distintas para a sua operacionalização. Algumas traduziam APS como uma programação destinada a satisfazer algumas necessidades elementares de grupos marginais em condições de extrema pobreza, mediante utilização de recursos de baixa densidade tecnológica, de pessoal pouco qualificado e de custos mínimos, o que revela uma concepção de estado executor de políticas compensatórias, consolidando e não reduzindo as desigualdades pessoais e regionais. Este modelo ocorreu com certa frequência na América Latina, em caráter complementar à prática flexneriana e não raro focado em “grupos de risco”. Uma outra acepção de APS é aquela que nela enxerga uma estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, onde os cuidados possuem menor densidade porém maior complexidade tecnológica. Por fim, a acepção de APS como estratégia de reordenamento do setor saúde, alcançando portanto todo o sistema e toda a população deste sistema é a que foi tomada como suporte doutrinário da estratégia brasileira de saúde da família [5]. De outro modo,



a Saúde da Família seria uma política em franco descompasso com os princípios doutrinários do SUS, os quais se apóiam sobre a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade das oportunidades [15]. Não se trata de uma proposta de simples adstrição de determinado número de famílias a uma equipe, que por vezes atua com lógica medicalizadora, mas prevê o exercício do paradigma da produção social da saúde.

Uma proposta com estas características constitui-se numa estratégia e não em um programa, mas foi com o nome de Programa de Saúde da Família que popularizou-se sendo hoje designado desta forma até mesmo em documentos oficiais [12]. Autores como Vilaça [5] defendem esta tolerância lembrando que toda iniciativa governamental precisa ser absorvida pela população de alguma forma. Do mesmo modo, as Unidades de Saúde da Família continuam sendo designadas pelos usuários do SUS como Postos de Saúde. Por outro lado, embora tenha uma base doutrinária que não admite uma tradução de APS como versão da medicina simplificada dirigida exclusivamente a grupos e regiões excluídos, elege como prioridade estratégica os excluídos e a utilização de tecnologias custo/efetivas, como requisito para promover a equidade [16].

O esforço para demarcar com clareza o campo de conceitos e práticas adotado pela Estratégia brasileira de Saúde da Família de modo a não produzir nenhuma confusão desta política com a de uma APS que poderia ser traduzida como atenção primitiva, que vigorou em várias conglomerados de extrema pobreza espalhados por diversas regiões do país na primeira metade dos anos 80, o Ministério da Saúde adotou nos primeiros anos de implantação do SUS a expressão ATENÇÃO BÁSICA. Hoje, no entanto, o termo APS volta a ser outra vez utilizado pelos diferentes atores do campo da saúde incluindo as instituições de ensino e de pesquisa [6].

Ainda assim, em documento produzido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde admite-se que nos mais de 5.000 municípios brasileiros, ainda hoje, é possível encontrar diversas propostas de APS sendo executadas sob o manto da estratégia de Saúde da Família [6]. Esta heterogeneidade se deve, em parte, às diferentes influências internacionais

abraçadas pelos atores institucionais que capitanearam a implantação da estratégia nas diversas regiões do país, notadamente aqueles que atuavam no meio acadêmico, o qual teve influência marcante e decisiva em toda a reforma sanitária brasileira [17]. Em uma mesma região, no caso a região sul do país, o município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul recebeu forte inspiração do conceito de APS vigente na Inglaterra enquanto Curitiba, no estado do Paraná, agregou elementos das experiências de Cuba e de Toronto, no Canadá. Outros determinantes devem ser argüidos para explicar esta heterogeneidade de práticas vigentes no país e, entre eles, se acham a forte resistência que sofre a proposta de saúde da família, enquanto modelo contra-hegemônico, o que leva políticos conservadores, administradores de serviços privados de saúde e operadores do complexo de produção de insumos de saúde a desenvolverem formas de atenuar o impacto da estratégia [5].

Não é raro levantarem-se vozes taxando de anacrônica a concepção de APS adotada pelo SUS, incompatível segundo aqueles grupos com o atual nível de desenvolvimento científico e tecnológico das ciências médicas. Deve ser ainda considerada a descentralização com ênfase municipalizante, instituída no país com a Constituição de 1988, que produziu uma certa autonomia, na condução das políticas públicas loco-regionais [9]. Esta autonomia, ocorrendo em um país de dimensões continentais, desafia os mecanismos de controle da política de saúde da família, exercidos principalmente pelo Ministério da Saúde mediante uma farta normatização e o manejo do repasse, aos municípios, de recursos que representam hoje metade da verba que eles dispõem para aplicar no setor [18]. Têm também a sua parcela de responsabilidade nesta problemática a questão da formação das equipes responsáveis pelo trabalho realizado na ponta do sistema, uma formação ainda em descompasso com o ritmo de expansão quantitativa da experiência [19, 20]. A esta realidade deve ser acrescida a dificuldade para atrair e fixar profissionais, principalmente nas áreas que se acham mais distantes dos grandes centros urbanos. Por fim,



desempenham importante papel nesta questão a arraigada cultura medicalizante absorvida pela população ao longo de muitas décadas de contato com o modelo assistencial anterior e de um acúmulo de necessidades de grandes contingentes populacionais no acesso aos serviços de saúde [19].

A ESTRATÉGIA

A realização da proposta prevê que no primeiro nível do sistema, uma equipe atuando em território de abrangência definida, desenvolva ações de saúde dirigidas às famílias e ao seu habitat, de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças mas também no diagnóstico, tratamento e reabilitação. A expectativa é de que se trabalhe com alta resolubilidade e custos econômicos e sociais compatíveis [5]. Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) abrange em torno de 800 famílias, dependendo da densidade demográfica da área onde atua mas em nenhuma situação este número pode ultrapassar 4000 pessoas [11, 12, 21]. Cada equipe é composta por 1 médico/a generalista, 1 enfermeiro/a, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Mais tarde, foi instituída a Equipe de Saúde Bucal (ESB), formada por 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário (ACD) e um/a técnico/a em higiene dentária (THD). Esta equipe, nos municípios que a adotaram, funciona acoplada a uma ou duas ESF. A jornada de trabalho na estratégia de saúde da família é de 40 horas semanais. As equipes podem dividir o espaço de uma mesma Unidade de Saúde da Família (USF), até o limite de 4 ESF por unidade. A USF é a base de atuação das ESF e nela é realizada parte das ações, havendo forte ênfase nas ações desenvolvidas na comunidade.

Embora esta equipe seja considerada como a equipe mínima necessária para funcionamento do programa, podendo ser complementada com um número maior de profissionais e com a introdução de profissionais de outras categorias, é esta a composição que opera a ESF na grande maioria dos municípios brasileiros [22]. A crítica à limitação imposta pela composição

biologicista das ESF e a dificuldade experimentada, principalmente nos grandes centros urbanos, para se conseguir alta resolubilidade da mesma, motivou a instituição, pelo Ministério da Saúde, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais poderão contar, de acordo com as necessidades de cada região, com médicos ginecologistas, pediatras e psiquiatras, além de homeopatas, acupunturistas, professores de educação física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapias ocupacionais [21]. Serão equipes de 3 a 6 integrantes, encarregadas de fornecer apoio técnico às ações desenvolvidas por equipes de saúde da família em suas áreas geográficas de atuação.

As áreas de abrangência das equipes da ESF são definidas não como um recorte territorial estático, mas como um espaço vivo, em constante movimento, onde se constitui uma teia de relacionamentos sócio-ambientais, nos quais a equipe de saúde deve estar imersa na busca permanentemente de conhecê-los e reconhecê-los.

Como princípios organizativos, estão definidos [23]:

- Produção de impacto, traduzida como capacidade de alterar positivamente a morbidade, a mortalidade e a incapacidade;
- Orientação por problemas;
- Intersetorialidade, o que significa a articulação com outras políticas sociais desenvolvidas a nível local, como aquelas voltadas para a educação, o trabalho e o meio ambiente;
- Ação planejada, devendo a equipe, em conjunto com a comunidade, identificar os problemas prioritários da área e desenhar o plano local de saúde;
- Atuação pautada pela hierarquização da atenção e pela intercomplementariedade da rede de serviços, estabelecendo com as unidades de média e alta complexidade fluxos efetivos de referência e contra-referência;
- Responsabilidade pelo primeiro contato do usuário com o sistema, salvo quando este demandar assistência de urgência ou emergência;
- Formação de vínculo e responsabilização pela longitudinalidade do



atendimento;
-Adstrição de clientela, mediante o mapeamento e fixação dos limites das microáreas sob responsabilidade de cada equipe;
-Caráter substitutivo, de modo a assumir plenamente o espaço ocupado pelo modelo tradicional de atenção básica e pelos programas verticalizados voltados tradicionalmente para determinadas patologias ou grupos de risco.

OS RESULTADOS

Desde os primeiros anos de sua implantação, a estratégia de saúde da família conta com um extenso número de estudos avaliativos dando conta, ora do seu ritmo de expansão pelo território nacional [24], ora do incremento que tem provocado na oferta de procedimentos [25] ou ainda no possível impacto epidemiológico que tem produzido [26]. Esta apreciação positiva sempre esteve acompanhada de uma crítica referente às dificuldades para se produzir a mudança em definitivo do modelo de atenção de modo a superar a constatação de que boa parte dos municípios implantou a estrutura do programa mas não a sua filosofia.

A verdade é que muitos estudos demonstram resultados positivos em aspectos específicos, obtidos em determinados municípios e regiões do país mas tais estudos não permitem ainda a realização, por exemplo, de um estudo de meta-análise. O estudo intitulado "Avaliação do Impacto da Estratégia de Saúde da Família sobre a Mortalidade Infantil, 1990-2002", realizado pelo Ministério da Saúde com a colaboração da Universidade de Nova York, analisou o comportamento de vários indicadores de saúde ao longo deste período de 13 anos concluindo que para cada aumento percentual equivalente a 10% na taxa de cobertura do PSF constatou-se uma redução de 4,6% na taxa de mortalidade infantil, superando os percentuais de redução deste indicador frente ao mesmo aumento percentual da taxa de abastecimento de água e da disponibilidade de leitos hospitalares. Indicadores relacionados com a saúde da mulher em áreas cobertas pelo PSF também parecem animadores. Entre 2000 e 2006 o percentual de gestantes que iniciou o pré-natal nos 3 primeiros meses de gestação aumentou de 62 para 77%. Mulheres residentes em municípios com cobertura de PSF acima de 90% apresentaram

34% de realizar 7 ou mais consultas de pré-natal [27]. Pesquisas independentes têm igualmente demonstrado a existência de uma associação inequívoca entre o aumento na cobertura e a melhora dos indicadores de atenção básica, entre eles e a redução da taxa de mortalidade infantil, principalmente aquela produzida por diarreias. Esta melhora ocorreu, de acordo com um estudo que cobriu os anos de 1999 a 2002, nos municípios com cenários mais desfavoráveis do ponto de vista sanitário e sócio-econômico.

Uma outra ordem de resultados diz respeito ao aporte de capacidade instalada e de recursos humanos alavancada pelo PSF para o setor público. O CONASS destaca que a implantação do programa elevou o número de unidades de saúde mantidas exclusivamente pelo poder público para 50.000 e estudos idôneos demonstram que entre 1997 e 2002 houve o aumento de 12.586 equipes de saúde da família e de 104.350 vagas de ACS [22, 23]. Números como estes são frequentemente apresentados pelos governantes como indicadores do impulso que estariam dando ao programa e à saúde da população. Reforçando a magnitude do porte da estratégia, dados de setembro de 2008 davam conta de 29.820 equipes instaladas, cobrindo 82 milhões de habitantes ou 46% da população do país [2, 27].

A análise mais detalhada destas estatísticas revela que, em 2003, 70% dos municípios que tinham o PSF implantado em seu território eram aqueles com população abaixo de 50.000 habitantes [27]. Nos municípios com quantitativo populacional até 20.000 habitantes, a cobertura do programa em 2006 era de 76%; naqueles com população entre 20.000 e 80.000 habitantes, era de 55% e nos municípios acima de 80.000 habitantes era de 34% [27]. Estes últimos se constituem, portanto, espaços onde a disponibilidade de serviços, notadamente os de média e alta complexidade é elevada, ao mesmo tempo em que prevalece uma profunda desigualdade no que diz respeito ao acesso à atenção primária. A distribuição segundo a renda per capita familiar média mostra que nos municípios onde esta renda em 2006



era de até 1 salário mínimo, a cobertura do PSF era de 75%; nos municípios onde esta renda estava situada entre 1 e 2 salários mínimos, era de 50% e naqueles onde os valores de renda média superava 2 salários mínimos a cobertura do PSF era de 30% [27]. Com o objetivo de apoiar a expansão da cobertura e a qualificação da Saúde da Família nos municípios com mais de 100.000 habitantes foi criado por iniciativa do Ministério da Saúde mediante acordo de empréstimo firmado com o Banco Mundial (BIRD) o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) [21]. Dados da primeira fase deste Projeto, concluída em 2007, demonstrou que houve um aumento de 43% no número de equipes de PSF nestes municípios passando a cobertura de 25 para 35%.

A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Quanto à qualificação de profissionais para o PSF, a variedade é grande no país, em decorrência dos diferentes modelos de formação. Em alguns lugares, se dá sob a forma de Cursos de Residência em Saúde da Família; em outros, assume a estrutura de Cursos de Aperfeiçoamento ou de Especialização havendo ainda a modalidade de Educação Permanente [20]. Tomando por base a categoria médica, aquela que desde a implantação do programa tem se revelado como a de mais difícil vinculação, é possível verificar que em 1994, contava-se com 328 profissionais integrados ao programa. Até 1998, a proporção dos que tinham formação específica em saúde da família era de 14%, proporção que teve grande redução à medida que se expandia o programa, chegando em 2008 a um quantitativo de 27.764 médicos [6, 27]. Para alguns autores, seria preciso que as Escolas Médicas tivessem 2/3 dos profissionais que formam a cada ano direcionados para esta especialidade. Face à impossibilidade de se obter uma mudança desta ordem no curto e mesmo no médio prazo, outras alternativas chegam a ser ventiladas, entre elas a exigência de estágio obrigatório em saúde família para todos os egressos dos cursos médicos. De concreto, houve a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do

Trabalho e da Educação em Saúde no organograma do Ministério [28]. O seu objetivo é a formulação de uma política de organização dos Pólos de Educação Permanente, no sentido de fazer frente às necessidades de formação de profissionais para o PSF, em parceria com as instituições de ensino superior. Na mesma linha, foi instituído em 2007 o Programa Nacional de Telessaúde, possibilitando um contato mais permanente das equipes de saúde da família com especialistas capazes de apoiá-los tecnicamente, possibilitando discussão de casos e ministração de aulas [29]. Nesta primeira fase, 9 núcleos estão sendo implantados em 9 estados do país, contemplando desde o Amazonas até o Rio Grande do Sul. Na segunda fase do projeto, está prevista a implementação de pelo menos um núcleo do Telessaúde em cada estado da federação. A nível da graduação universitária, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde), criado por iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação em 2005, tem induzido mudanças nos cursos de graduação da área de saúde com vistas à formação de profissionais capazes de dar respostas concretas às necessidades de saúde da população.

Pagar salários competitivos tem sido uma outra estratégia para atrair os profissionais de saúde para o programa. Não são poucos, porém, os municípios onde mesmo a oferta de salários elevados não sana o déficit de profissionais para compor as equipes [20]. A elevação do valor do salário oferecido tem se mostrado diretamente proporcional à distância do município contratante aos grandes centros urbanos, situação que tem provocado uma ampla variação de salários. Uma vez que o profissional médico é aquele mais difícil de atrair, dentro das equipes é comum a desigualdade salarial desta categoria em relação às demais. Este aspecto vem se somar aos já conhecidos obstáculos para a efetivação do trabalho interdisciplinar. A renda média mensal dos médicos, em 2000 era de 2.229 dólares variando, de acordo com a região do país, de 1.058 a 2.324 dólares. A renda média mensal dos enfermeiros era de 1.123 dólares, com uma variação interregional de 961



a 1.332 dólares [30]7.

Uma outra questão diz respeito à dificuldade de contratação de profissionais com perfil adequado para o trabalho em saúde da família o que se deve em parte à já aludida defasagem na formação o que, como se viu, se deve à oferta de vagas mas também ao desinteresse dos possíveis candidatos em abraçar esta especialidade [19]. As deficiências na formação contínua do profissional uma vez contratado, pela ocorrência rara de um efetivo processo de educação permanente, aliada à precarização da infraestrutura necessária ao trabalho, a falta de oportunidade para participação em eventos científicos e para a produção de trabalhos, são também citados como desestímulo para a atração de profissionais para o PSF [20]. Não há como deixar de reconhecer que tal desestímulo também está ligado à precariedade do vínculo trabalhista, regido via de regra por um contrato temporário por serviço prestado. Desta forma, são bem poucos os municípios nos quais se conta com uma admissão de profissionais para o PSF feita mediante concurso público e mesmo nestes, inexistente um Plano de Cargos, Carreiras e Salários [6].

OUTROS DESAFIOS

Além daqueles já discutidos em parágrafos anteriores, apresentam-se como desafios a serem superados pelo PSF, aqueles ligados à economia do SUS, como um todo. A expectativa de que a implantação do PSF produziria uma redução dos gastos com a média e alta complexidade não se confirmou. Pelo contrário, os custos com a produção de procedimentos de maior complexidade se mostram em franca ascensão [31].

A dificuldade de compreensão do novo modelo pela população, que reage à perspectiva de estar vinculada a um único médico, com o qual nem sempre interage bem e o ceticismo quanto à sua capacidade de responder com qualidade às demandas dos diversos segmentos da clientela exige que a capacidade resolutiva seja uma marca do PSF e não um achado presente em algumas de suas unidades.

À dificuldade - já aludida e ainda verificada em muitos lugares - para superação do modelo médico-assistencial tradicional, pautado no atendimento curativo, focado no indivíduo e dirigido para a demanda espontânea; a resolutividade, que por vezes

tem se mostrado baixa levando à sobrecarga de outros níveis do sistema de saúde; e o gerenciamento do trabalho, dificultado pela proliferação de formulários e de documentos normativos, também se apresentam como desafios a serem vencidos [19].

Por fim, identifica-se ainda como frentes de luta a integração com os demais níveis do sistema, de modo a reduzir o tempo de espera para o atendimento das consultas, exames e terapias especializadas e a integração comunitária, de modo a facilitar a compreensão da população acerca do modelo e de levá-la à defesa do mesmo.

CONCLUSÕES

O Programa de Saúde da Família tem se mostrado um dos componentes essenciais para a implementação efetiva dos princípios do SUS, sejam aqueles ditos doutrinários - a universalidade, a integralidade e a equidade - sejam aqueles ditos organizativos - a descentralização, a hierarquização e a regionalização e o controle social. Ao se contabilizar 15 anos de sua implantação, são inegáveis os seus resultados positivos, tanto a nível de impacto epidemiológico quanto - e principalmente - de ampliação das oportunidades de acesso a uma população de pelo menos 120 milhões de habitantes - se considerada a chamada população dependente - espalhada por um território de dimensões continentais [32].

É preciso, no entanto, levar em conta que ainda se acha longe de cumprir as suas metas de extensão de cobertura, notadamente nos grandes conglomerados urbanos, onde vive hoje quase metade da população do país. O seu triunfo, enquanto modelo substitutivo de atenção, também ocorre de forma bastante desigual entre os 5.500 municípios brasileiros, travando-se uma luta renhida com o modelo médico assistencial de inspiração flexneriana. As dificuldades que enfrenta têm motivado medidas concretas para fortalecer a sua implementação bem discussões profundas e permanentes acerca da necessidade de ajustes da sua estrutura e funcionamento à heterogeneidade de contextos sociais, econômicos, culturais e sanitários encontradas nas diferentes regiões do país.



BIBLIOGRAFIA

1. Risi JB, Nogueira, RP, et.al. As condições de saúde no Brasil. En: ed. Finkelman J, e., edit. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, OPAS; 2002. p. 117-234.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos [monografia em Internet]. Brasília: Departamento de Informática do SUS; 2008. (consultado em: 31 de outubro de 2008). Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.
3. Campos GWS, edit. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
4. Starfield B. Is primary care essential?. The Lancet. 1994; 344: 1129-33.
5. Mendes-Vilça E, edit. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1999.
6. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007.
7. Teixeira CF, Solla JP, edit. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006.
8. Brasil, Ministério da Saúde, edit. 8ª Conferência nacional de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
9. Brasil, Assembléia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. São Paulo: Atlas; 1991.
10. Silva Júnior AG, edit. Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; 1998.
11. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Estratégia do Programa Saúde da Família - PSF e Programa Agentes Comunitários - PCS no Estado de Santa Catarina [monografia em Internet]. ; Florianópolis: SES-SC; 2001. (consultado em: 15 de julho de 2008). Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/Estrat%20Programa%20Sa%20Fam%20de%20Fam%20e%20Programa%20de%20Agentes%20Comunit%20rios%20-%20PACS.doc>.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Programa de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2001.
13. Kark SL, edit. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Barcelona: Edit Doyma; 1997.
14. Organización Panamericana de la Salud, Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización. Washington: OPS/OMS; 2007.
15. Negri B VA, edit. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: SOBRAVIME; 2002.
16. Behague DP, Goncalves H, Dias da Costa J. Making medicine for the poor: primary health care interpretations in Pelotas, Brazil. Health Policy Plan. 2002; 17 (2): 131-43.
17. Ribeiro EM, Pires D, Blank VL. Theoretical review of the work process in health care used to analyze work in the Family Health Program in Brazil. Cad Saúde Publica. 2004; 20 (2): 438-46.
18. de-Almeida-Godinho RW, Labate-Curi R, Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev latinoam enfermagem. 2005; 13 (6): 1027-34.
19. de-Souza MF, edit. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC; 2002.
20. Brasil, Ministério da Saúde, Reunião dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2002.
21. Atenção básica e a saúde da família - diretrizes (página web em internet). Brasília: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; c:2008 (atualizada: 2008; citado em: 15 de Julho de 2008). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>.
22. Atenção básica e a saúde da família - números da saúde da família (página web em internet). Brasília: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; c:2007 (atualizada: 2008; citado em: 15 de Julho de 2008). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>.
23. Bettiol LM, edit. Saúde e participação popular em questão: o programa de saúde da família. São Paulo: Editora UNESP; 2006.
24. Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Saúde da família, avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Série C. Projetos, programas e relatórios. Rio de Janeiro: ENSP, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde; 2005.
25. Machado-Peixoto MG, Geraldo-Pierin AM,. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. Acta paul enfermagem. 2005; 18: 269-75.
26. Serra-Moreno RA. Uma avaliação empírica do impacto do programa saúde da família sobre a saúde infantil no estado de São Paulo. En: ed. Piola SF, E.J., edit. Prêmio em economia da saúde: coletânea premiada-2004. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2005. p. 79-112.
27. Brasil, Ministério da Saúde, Painel de Indicadores do SUS, 4 - Temático Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde; 2008.
28. Gestão do trabalho e da educação em saúde (página web em internet). Brasília: Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; c:2003 (atualizada: 2008; citado em: 15 de Julho de 2008). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cmf?id_area=382.
29. Telessaúde, atenção primária à saúde (página web em internet). Brasília: Brasil, Ministério da Saúde, Programa Nacional de Telessaúde; c:2007 (atualizada: 2008; citado em: 15 de Julho de 2008). Disponível em: <http://telessaudebrasil.gov.br/>.
30. Machado MH, edit. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família: relatório final. , edit. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
31. Espírito-Santo ACG, Tanaka OY,. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo [monografia em Internet]. Revista Ciência e saúde coletiva; Sao Paulo: ABRASCO; 2008. (consultado em: 15 de setembro de 2008). Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2520
32. Saúde da família comemora 15 anos em grande estilo, III mostra nacional de produção em saúde da família (página web em internet). Brasília: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; c:2008 (atualizada: 2008; citado em: 15 de Setembro de 2008). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/evento/mostra>.