

Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil

Nadia Lucia Fuhrmann*

Resumo

O tema exposto neste artigo aborda a implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de conversão do Sistema de Saúde no Brasil. No campo da saúde pública, o PSF configura-se, atualmente, na mais ampla política assistencial do setor. Está disseminado por todo o território nacional, tendo como meta principal reorganizar os serviços e ações em saúde ao nível da atenção primária. Elegemos três aspectos que nos parecem centrais para o entendimento do processo de implantação do PSF nos municípios brasileiros, a saber: a origem e os antecedentes do Programa, a implantação e o impacto desse Projeto no nível local e, finalmente, a especificidade da formação das equipes multiprofissionais que constituem as unidades de saúde. Buscamos, assim, socializar parte dos estudos que temos realizado sobre o PSF, desde 1997, no Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS.

Palavras-chave: PSF. Conversão do sistema de saúde. Equipes multiprofissionais.

Abstract

The exposed theme in this article approaches the implantation of the Family Health Program as a strategy of conversion of the System of Health in Brazil. In the field of the public health, FHP is configured, now, in the widest assistencial politics of the section. It is disseminated by the whole national territory, tends as main goal the reorganization of the services and actions of health in the level of the primary attention. We chose three aspects that seem us central for the understanding of the process of implantation of FHP in Brazil, to know: the origin and the antecedents of the Program, the implantation and the impact of the Program in the municipal level and finally, the formation of the multiprofessional teams that constitute the units of health. Therefore, we intend to socialize part of the studies we have been conducting since 1997 about FHP in the Research Center on Social and Political Demands, in Social Work Post-Graduation Program at PUCRS.

Key words: FHP. Conversion of the system health. Multiprofessional teams.

Introdução

A problemática desenvolvida nesse artigo, ou seja, a implantação do Programa Saúde da Família como estratégia política para reorganizar os serviços de saúde no Brasil é parte integrante dos estudos que vêm sendo desenvolvidos sobre o PSF no Nedeaps,¹ desde 1997, e que resultaram

* Socióloga, especialista em Trabalho na Sociedade Brasileira, mestre em Serviço Social e doutoranda no PPG-Serviço Social da PUCRS. Pesquisadora do Nedeaps. Prof^a convidada da Unidade Educacional São Camilo-Sul. E-mail: nfuhrmann@terra.com.br

¹ Núcleo de Pesquisas em Demandas e Políticas Sociais – PPG-Serviço Social da PUCRS, coordenado pela assistente social prof^a. Dra. Leonia Capaverde Bulla. E-mail: lbulla@puccrs.br

em uma dissertação de mestrado² e em uma tese de doutoramento, em fase de conclusão. Compreender os vários domínios desse Programa demanda conhecimento da origem, dos objetivos e da dinâmica desse que se configura, hodiernamente, na maior política de saúde pública do País. O Programa Saúde da Família foi lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994 e teve como objetivo explícito promover uma mudança profunda na estrutura do sistema de saúde brasileiro. Viabilizar o SUS – Sistema Único de Saúde – passou a ser o grande desafio para o PSF.

Mediante a relevância e complexidade do tema, optamos, nesse artigo, por trabalhar três aspectos que nos parecem significativos para uma compreensão inicial de tal projeto. O primeiro aspecto desenvolvido é a contextualização das questões políticas, econômicas e sociais importantes e que influenciaram diretamente na iniciativa de criar e efetivar o Programa no Brasil. A segunda dimensão explorada diz respeito às diretrizes básicas de atuação do PSF que, desenvolvendo suas ações no nível local, têm incentivado o processo de municipalização da saúde em todo o território brasileiro. E, finalmente, um terceiro ponto tratado remete às características de formação dos profissionais que integram as equipes multiprofissionais das unidades de saúde. Objetivamos com isso dar maior visibilidade ao Programa Saúde da Família no âmbito das ciências sociais aplicadas, e sinalizar a premência de estudos sobre o processo recente de conversão do sistema de saúde brasileiro, dentro de uma abordagem analítica de cunho social.

1. Os antecedentes do processo de reorganização da saúde pública no Brasil

Após a II Guerra Mundial, o discurso preventivista foi amplamente difundido nos Estados Unidos e corroborado pela Organização Mundial da Saúde como modelo assistencial adequado capaz de diminuir os custos da atenção médica. Porém, os conceitos básicos do discurso preventivista,³ da forma como vinham sendo impostos pelos organismos internacionais, foram amplamente criticados pelos profissionais que atuavam dentro das faculdades de medicina social no Brasil. A proposta de redimensionar o sistema de saúde brasileiro apenas com objetivos a diminuir os custos da atenção médica foi vigorosamente rejeitada pelos profissionais dos serviços de saúde pública comprometidos, principalmente, com a medicina comunitária.

Em meados dos anos 70 teve início o processo de redemocratização política e social no Brasil. A mobilização nacional pela luta cidadã se materializou na área da saúde através do ideário do Movimento da Reforma Sanitária. Integravam o Movimento professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas, militantes partidários de esquerda e

² FUHRMANN, Nadia Lucia. *Programa Saúde da Família: uma alternativa em saúde pública no município de Porto Alegre*. Dissertação de mestrado apresentada ao PPG-Serviço Social da PUCRS, em 1999.

³ Os conceitos básicos do discurso preventivista são a história natural da doença, o conceito ecológico da saúde e doença e a multicausalidade. O modelo preventivista, como Arouca (1975) o denomina, buscou incorporar na formação dos estudantes de medicina uma nova atitude de prevenção como processo individual, neutralizando o conjunto de relações sociais que determinam os serviços de saúde e os próprios sujeitos. O social é reduzido ao meio ambiente, *locus* de agentes causais, e não como relações sociais que influem nos estados de saúde e doença das pessoas e dos grupos (Escorel, 1998, p. 21).

movimentos populares por saúde (Cohn, 1995). O objetivo principal dos reformistas confundia-se entre uma oposição ao regime autoritário e a transformação do Sistema Nacional de Saúde. Desta forma, a medicina social emergiu no Brasil dentro dos departamentos de medicina preventiva – DMPs – das universidades, com forte tendência a uma abordagem histórico-estrutural dos conteúdos da saúde coletiva.

No nível local, algumas experiências em medicina comunitária já começavam a ser ensaiadas nos anos 70. Em meados dessa década, a Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, mantida pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, já se constituía num exemplo nacional de atendimento médico simplificado, organizado para comunidades em risco sócio-sanitário. Porém, o exemplo mais significativo talvez devesse ser conferido aos postos de medicina comunitária do Hospital Conceição, em Porto Alegre. O Grupo Hospitalar Conceição descentralizou os serviços de saúde ambulatoriais, oferecidos até então nos próprios hospitais da rede, em postos de saúde dentro de algumas comunidades pobres da zona norte da capital rio-grandense. Ainda que duramente criticada por alguns sanitaristas, como no caso de Misoczky (1994), a descentralização dos serviços básicos de saúde da Rede Conceição perdura até os dias de hoje, diga-se de passagem, com grande êxito. Pesquisas demonstraram que o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Hospital Conceição é visto pelos usuários como um serviço que facilita o acesso às consultas médicas e presta um bom atendimento à comunidade onde está implantado (Oliveira, 1995, p. 9). De acordo com os estudos de Stein (1998), o fácil acesso dos usuários aos atendimentos primários de saúde chegam a diminuir em até três vezes o atendimento de casos não urgentes nos setores de emergência dos hospitais. Isso significa dizer que o modelo de atenção primária integral à saúde, quando implantado numa região definida, subtrai as consultas não urgentes dos centros hospitalares, desafiando o sistema de maior complexidade e facilitando o acesso ao atendimento médico.

Robustecidas, também, por essas experiências no sul do país, as reivindicações do Movimento Sanitário mantiveram-se firmes na luta pela criação de um sistema único de saúde gratuito e universal, essencialmente gerido pelo Estado, sendo que ao setor privado caberia apenas um papel complementar (Cohn, 1995, p. 233). Assim, várias forças políticas oriundas da sociedade civil e articuladas ao Movimento Sanitarista, disputaram, na época, no âmbito político, a conquista de uma proposta de reforma sanitária que privilegiasse a universalidade de atendimento nos serviços de saúde e o dever do Estado em garantir esse direito. Transcorrida uma década e meia de reivindicações, grande parte do ideário do Movimento Sanitário⁴ foi incorporado ao texto da nova Constituição brasileira de 1988.

⁴ Ver no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, a sistematização das principais reivindicações do Movimento Sanitário, dentre elas: a separação entre “saúde” e “previdência social” com financiamento próprio para o setor de saúde; a reformulação e ampliação do conceito de saúde; a criação de um sistema único de saúde; a descentralização dos serviços de saúde e o fortalecimento dos municípios; a participação da população – através de entidades participativas – na formulação, planejamento e avaliação das ações em saúde, além de uma política de recursos humanos que privilegiasse o cumprimento da carga horária contratual e o incentivo à dedicação exclusiva nos serviços públicos de saúde; incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários (Minayo, 1992, p. 117-128).

As propostas de redimensionar os sistemas de saúde,⁵ propostas essas vindas tanto dos setores organizados da sociedade civil quanto de organismos internacionais, foram se intensificando e ganhando uma visibilidade significativa a partir dos anos 70. Importante também lembrar que essas manifestações ocorreram de forma mais ou menos universalizada na América Latina⁶ e também em países europeus e nos Estados Unidos.⁷ A crise e a reforma nos sistemas de saúde, hodiernamente, são fenômenos praticamente globalizados, porque o que sucede na realidade, conforme ressalta Mendes (1999), é uma profunda reforma nos estados capitalistas em geral.

Talvez seja preciso recordar que o governo brasileiro teve a especificidade de produzir e regular a saúde pública, desde os anos 30, através da medicina previdenciária, utilizando como política a compra de serviços de terceiros na área da assistência médica. Em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área de saúde foram destinados ao setor privado (Faveret; Oliveira, 1989, p. 20). No entanto, já a partir de 1975, devido ao contínuo desvio da receita da Previdência para outros setores da economia, do alto custo da medicina curativa e da tendência crescente à universalidade no atendimento à população, o estrangulamento na base de financiamento do modelo de contribuição previdenciária foi inevitável. Concomitante aos problemas acima mencionados entra em cena o enfraquecimento gradativo do Estado intervencionista brasileiro e um novo modo de viabilizar a saúde pública precisou ser pensado.

Aliado aos fenômenos da reestruturação produtiva, do desemprego estrutural, do encolhimento do Estado no financiamento de políticas públicas, da pobreza mundial generalizada, encontra-se, ainda, uma profunda mudança na demografia populacional do planeta. Estatísticas demonstram que no Brasil, entre 1980 e 2025, haverá um aumento em torno de 24,4 milhões de idosos. Os especialistas prevêem que a população brasileira ocupará, em 2025, o sexto lugar no ranking mundial de envelhecimento da população (Mendonça, 1998, p. 213-214). Desta forma, o aumento da expectativa de vida também se constitui, juntamente com os fenômenos anteriormente citados, em um agravante à manutenção da estrutura da seguridade social em geral e, particularmente, da saúde pública, em qualquer sociedade da atualidade.

⁵ Ver, por exemplo, a campanha globalizada da Organização Mundial da Saúde, em 1978, “Saúde para Todos no Ano 2000”; as reivindicações do Movimento Sanitário Brasileiro por uma reforma nos setores de saúde no Brasil no período de 70 a 80; o impacto da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 em Brasília; as inúmeras conferências mundiais de saúde como a de Alma-Ata (1978), Ottawa (1986), Bogotá (1992), Caribe (1993), I Conferência de Saúde de cunho popular na Alemanha (2000), todas manifestações com envolvimento direto da sociedade civil. A principal pauta de todos esses movimentos sempre foi a de redimensionar os sistemas de saúde então em vigência, contemplando principalmente o controle social dos serviços e das políticas de saúde.

⁶ Ver o livro organizado por Asa Cristina Laurell, que traz uma contribuição relevante quanto às reformas sanitárias no México, Chile e no Brasil, a partir da década de 80.

⁷ Ver o relatório final do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Ministério da Saúde brasileiro e OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde, 1999.

Em um contexto de reestruturação econômica de corte neoliberal, o Estado de Bem-Estar Social⁸ passou a ser o alvo principal das críticas do poder econômico global. Passados vinte anos, o cenário econômico e político atual vem reivindicando um Estado mínimo com forte redução nos gastos com políticas públicas. Deste modo, as políticas sociais passaram a assumir, em qualquer governo hodierno, um caráter eminentemente problemático. O dilema atual dos Estados, independentemente de serem desenvolvidos ou em via de desenvolvimento, está em como resolver as carências básicas de uma população crescentemente empobrecida, reduzindo a patamares ínfimos os custos com políticas sociais. Em outras palavras, o Estado encontra-se em delicada situação de ter que servir dois senhores ao mesmo tempo. De um lado, adaptar-se às exigências do poder econômico mundial e de outro, resolver as mazelas sociais que sobraram dessa mesma política econômica.

Apesar de o Brasil ter adotado uma política econômica de ideologia neoliberal, os investimentos em saúde pública têm demonstrado um crescente suporte de recursos. A execução orçamentária das despesas do Ministério da Saúde passou de R\$ 14,9 bilhões, em 1995, para R\$ 26,1 bilhões em 2001 (Brasil, 2003a). No ano de 2000, a despesa em ações e serviços de saúde chegou ao valor de R\$ 34 bilhões, sendo que o governo federal foi responsável pelo aporte de R\$ 20,4 bilhões, os Estados contribuíram com R\$ 6,3 bilhões e os Municípios com R\$ 7,4 bilhões. Atualmente, de cada R\$ 10,00 gastos em saúde pública, R\$ 7,00 são provenientes do governo federal (Ibidem). Ainda, ficou garantido pela Eca nº 29,⁹ um aumento significativo no orçamento do Ministério da Saúde entre 2001 e 2004.

Estudos têm demonstrado, no entanto, que necessariamente não há correspondência entre o aumento dos gastos e impactos positivos no nível de saúde da população. As propostas chamadas racionalistas¹⁰ passaram, desse modo, a explicar a crise nos serviços de saúde, tanto em

⁸ Chamamos de Estado de Bem-Estar Social, os Estados que, mesmo em economias capitalistas assumem/assumiram papéis de cobertura generalizada de benefícios sociais, dentro da concepção de que a cidadania deve ser o regulador principal da economia e da sociedade. Recebe destaque a universalização da previdência, da assistência, da educação básica, do seguro-desemprego de tal sorte que a todos, independentemente das relações de mercado, é garantido acesso satisfatório de bem-estar. Correspondeu, principalmente, à expectativa capitalista do pós-guerra de proliferação majoritária da classe média, tendo em alguns centros encontrado êxito. Esse foi o caso da Alemanha, que teria tido por volta de 80% de classe média e o caso também do Japão com 90% da população inserida em padrões médios de bem-estar. Na prática, o Estado de Bem-Estar está regredindo desde os anos 80. Nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, o Estado de Bem-Estar não passou de cidadania assistida. Ver em Pedro Demo, 1995 *Estado capitalista máximo*, p. 23-31.

⁹ Emenda Constitucional nº 29, promulgada pelo Congresso Nacional em 13/09/2000 que dispõe sobre a estabilidade financeira na saúde pública até 2004. A partir de 2001, prevê a emenda, o orçamento do Ministério da Saúde será o valor do ano anterior somado à variação nominal do PIB.

¹⁰ Segundo Mendes (1999), a crise da saúde é universal e vem ganhando visibilidade crescente desde 1980. Três correntes de pensamento distintas tentam responder a causa da crise. Juntamente com as correntes incrementalista e estruturalista, encontra-se a racionalista, que imputa a causa da crise na saúde pública às ineficiências internas do setor. O esforço para supera-la deve estar canalizado para o controle das irracionalidades intrínsecas aos sistemas de saúde (Mendes, 1999, p. 18).

países desenvolvidos como em países emergentes. Mendes (1999) cita um estudo feito pela OECD¹¹ em oito países selecionados (Canadá, Dinamarca, França, Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos) onde foi verificado que no período entre 1970-90 os gastos *per capita* em saúde aumentaram 6,5 vezes, enquanto o percentual investido do PIB cresceu de 5,8% para 8,2%, em média (Mendes, 1999, p. 15). Esse incremento orçamentário no setor de saúde, porém, não representou um impacto positivo nos padrões sanitários das populações pesquisadas. No caso brasileiro, segundo estudos do Banco Mundial de 1990:

O problema principal do setor saúde no Brasil não é a falta de dinheiro, e sim a Aplicação iníqua, ineficiente e ineficaz dos adequados recursos disponíveis. É iníqua, por que a proporção de recursos públicos, destinada aos abastados é demasiada. É ineficiente, por se gastar demais em bens privados – tais como serviços curativos que beneficiam diretamente os usuários – e por não se gastar o suficiente em bens públicos, tais como informações sobre hábitos sadios e proteção ambiental, que beneficiam a sociedade em geral (Banco Mundial, 1991. p. 8-9).

Mediante pressões internas e externas, o processo de redimensionamento dos serviços de saúde pública no Brasil teve início legal a partir da inscrição dos artigos de nº 196 ao 200 na Carta Magna de 1988. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS – é um marco histórico na saúde pública brasileira, considerado como instrumento que instaurou o processo de democratização do acesso à saúde no País. Vale a pena lembrar que até o início da década de 70, somente os contribuintes das CAPs¹² e dos IAPs¹³ e, posteriormente, do INPS¹⁴ e seus dependentes diretos, devidamente munidos da “carteirinha”, tinham acesso aos serviços de saúde com melhor qualidade. Aos indigentes, aos desempregados, aos trabalhadores domésticos, aos trabalhadores rurais e aos autônomos restava a filantropia das Santas Casas de Misericórdia. Na ótica de Faveret e Oliveira (1989), a universalidade de cobertura e atendimento à saúde no Brasil trouxe consigo a noção de direito social em detrimento à noção anterior de concessão.

2. Os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS é a síntese de grande parte das reivindicações do Movimento Sanitário e dos movimentos populares nas décadas de 70 e 80. Essa afirmativa está fundamentada na grande repercussão nacional que teve a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília.¹⁵ O Sistema Único de Saúde pode ser compreendido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta ou de fundações mantidas pelo Poder Público. As ações e os

¹¹ Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento.

¹² Caixas de Aposentadorias e Pensões, instituídas a partir de 1923.

¹³ Institutos de Aposentadorias e Pensões, instituídos a partir de 1930.

¹⁴ Instituto Nacional de Previdência Social, instituído a partir de 1967.

¹⁵ O evento realizado em 1986, no Distrito Federal, contou com mais de 4000 pessoas, entre elas trabalhadores e usuários dos serviços públicos de saúde. O movimento organizado por esses segmentos teve visibilidade nacional e grande parte das suas reivindicações foram atendidas na Constituição de 1988.

serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, na integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

O Sistema Único de Saúde prevê, ainda, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, na igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, ao direito do paciente à informação sobre sua saúde, à divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, à utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, à alocação de recursos e à orientação programática. Inclui, ainda, a participação da comunidade como co-responsável no processo saúde-doença, enfatizando a necessidade da descentralização dos serviços para os municípios.

Ainda, no título I, das disposições gerais sobre a saúde pública, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui a saúde como direito fundamental de todo ser humano e dever do Estado em garanti-la, através de reformulações e execuções de políticas sociais que reduzam os riscos e agravos de doenças. Conforme a Constituição, ao Estado compete promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos brasileiros de forma universal e igualitária. No Artigo 2º, deste mesmo título, a lei declara que o dever do Estado em garantir saúde, no entanto, não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Alinhando-se às diretrizes da Organização Mundial da Saúde,¹⁶ a Constituição Brasileira reconhece que a saúde depende de condições de bem-estar físico, mental e social, sendo diretamente influenciada pela alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços sociais. É fato que o conceito de saúde conforme a legislação brasileira é amplo e adequado quanto à promoção e recuperação da saúde, de acordo, inclusive, com padrões internacionais de saúde pública. Articular universalidade,¹⁷ integralidade¹⁸ e equidade¹⁹ aos serviços de saúde, no entanto, tem sido o

¹⁶ A OMS, como organismo internacional mantido pela ONU, tem como tarefa principal estimular e facilitar o desenvolvimento das organizações sanitárias dos países membros. É um organismo que, acima de tudo, tem como meta auxiliar os países a desenvolverem seus próprios sistemas assistenciais. Trabalha com um amplo conceito de saúde – um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças. A partir de 1978, vem estimulando a adoção da atenção primária como chave para alcançar as metas de “saúde para todos no ano 2000”. A atenção primária é vista como a porta de entrada para o sistema assistencial mais complexo, como o tratamento hospitalar, por exemplo. Portanto, ela tem mais a ver com a comunidade onde vivem as pessoas do que com a alta tecnologia oferecida pela medicina de ponta. Isso significa que a atenção primária deve assegurar alguns princípios básicos, como, por exemplo, saneamento básico, nutrição, atenção materno-infantil, imunizações, educação sanitária, prevenção e distribuição de medicamentos essenciais (*Salud Mundial*. Revista de La Organización Mundial de la Salud, 1998, p. 4-7).

¹⁷ Universalidade é o primeiro princípio do Sistema Único de Saúde – SUS – e se refere ao direito que todo o cidadão tem de ser atendido por qualquer serviço de saúde, público ou privado, integrante do SUS, sem ter que pagar pelo atendimento (SMS/POA, 2000. p. 94).

grande desafio dos governos a partir da década de 90. Quando ouvimos falar em “crise na saúde pública”, isso significa que o objetivo de alcançar uma política de saúde pública universal, integral e equânime não está sendo atingido.

Não foi suficiente, porém, dispor de uma base jurídico-formal ampla para resolver os importantes problemas de saúde dos brasileiros. Para implementar de forma resolutiva o que determinaram as Leis sob 8080²⁰ e 8142,²¹ de 1990, foi preciso instaurar um processo de profunda reorganização dos serviços de saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou oficialmente o Programa Saúde da Família. O PSF teve a especificidade de inaugurar uma inversão na lógica assistencial à saúde no Brasil. Ao propor o PSF, o Governo Federal teve dois grandes objetivos: o primeiro, foi, sem dúvida, substituir o modelo assistencial curativo/hospitalocêntrico pelo modelo preventivo, ou seja, pelo modelo de atenção primária à saúde, e com isso racionalizar os altos custos da saúde pública no Brasil. O segundo grande objetivo foi descentralizar as políticas de saúde, na intenção de tornar a saúde pública mais resolutiva, adotando uma postura de parceria com o governo estadual e municipal.

Dito de outra forma, a parceria entre as três esferas de governo passa a ser o ponto central em torno do qual gira toda a dinâmica da saúde pública brasileira, a partir dos anos 90. Com a descentralização das políticas de saúde, caracterizada por um processo de deslocamento de poder, gestão, atribuições e decisões entre os três níveis de governo, a NOB/93²² e, posteriormente, a NOB/96,²³ em atual vigência, vieram para definir os papéis dos gestores municipais, estaduais e do gestor federal.

Assim, conforme a NOB/96, cabe ao governo federal, gerir o SUS no âmbito nacional, promover e incentivar o gestor municipal em conformidade com o desenvolvimento do SUS estadual, fomentar a integração e a modernização do SUS nacional e exercer as funções de normalização e coordenação no que se refere à gestão do SUS nacional. Isso significa, resumidamente, entre outras atribuições, que compete ao gestor nacional elaborar o Plano Nacional de Saúde, informatizar as informações sobre a saúde no país, financiar, controlar e

¹⁸ Integralidade é outro dos princípios do SUS e significa o compromisso de que os serviços de saúde atendam os usuários de forma completa, tanto do ponto de vista clínico-assistencial como da oferta de diversidade de serviços, de todos os níveis de complexidade, de forma a abordar as pessoas e a comunidade de modo abrangente e integral (SMS/POA, 2000. p. 94).

¹⁹ Equidade é o terceiro mais importante princípio do SUS e significa que todos os cidadãos brasileiros, independentes de sexo, religião e idade ou situação de emprego têm direito à mesma assistência à saúde. Significa também que, em função das diferenças sociais e das disparidades regionais, os recursos para a saúde devem ser distribuídos no sentido de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidados. Esse princípio tem estreita relação com a questão da justiça social (SMS/POA, 2000. p. 94).

²⁰ A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde no país. Coletânea de Leis – Cress – 10ª Região, 1996-1999, p. 165.

²¹ Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área da saúde pública. Cress – 10ª Região, 1996-1999, p. 193.

²² Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.

²³ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União em 06/11/96, e alterada pela portaria nº 1.882 de 18/12/97.

avaliar os programas e recursos do Ministério da Saúde, bem como criar estratégias em recursos humanos e em educação à saúde.

Cabe ao gestor estadual elaborar o Plano Estadual de Saúde, implementar mecanismos relativos a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente. Complementar a gestão federal no que diz respeito à informação informatizada sobre a situação da saúde no estado, além de financiar, controlar e avaliar programas e ações de saúde pública. Desenvolver a educação continuada dos trabalhadores da saúde, também é tarefa do gestor estadual.

Cabe ao gestor municipal, dependendo da modalidade de gestão pactuada com o nível federal ou estadual,²⁴ a elaboração da programação dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários e de referência ambulatorial e hospitalar. Executar ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, além de elaborar um relatório anual de gestão, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

O processo de habilitação à NOB/96 teve seu início em 1998. Conforme quadro demonstrativo abaixo, é possível observar a maciça adesão dos municípios ao processo de descentralização da saúde no Brasil. No final de 1999, 97% dos municípios brasileiros já estavam habilitados em alguma das duas modalidades de gestão descentralizada. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2003a), em 2001 quase a totalidade dos municípios brasileiros (99%) encontrava-se habilitada em uma das duas condições de gestão estabelecidas pela NOB/96. Em síntese, a saúde pública no Brasil, em menos de uma década, passou de um modelo fortemente centralizado no nível federal para ser gerenciada, quase que totalmente, no nível municipal.

Quadro I – Percentual de habilitação dos municípios no Brasil pela NOB/96

Região Geográfica	Municípios		Municípios Habilitados		Percentual Habitação	População Coberta (%)
	Existentes	GPAB	GPS	Total		
Norte	449	368	51	419	93,3	97,6
Nordeste	1787	1637	118	1755	98,2	99,3
Centro-Oeste	445	420	20	440	98,9	100,0
Sudeste	1666	1334	263	1597	95,9	83,9
Sul	1159	1090	42	1132	97,7	99,3
Brasil	5506	4849	494	5343	97,0	92,6

Fonte: Kilsztajn, 2000, p. 74.

GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica.

²⁴ A partir da NOB/96, os municípios podem habilitar-se à gestão municipal dos serviços e das ações de saúde, dependendo da declaração de compromissos perante o gestor estadual e federal, em duas modalidades: a) Gestão Plena da Atenção Básica – que inclui a execução de ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica e a gerência das unidades ambulatoriais próprias. (Aqui se inclui a possibilidade da adesão ao PSF e a habilitação para receber recursos do Fundo Nacional de Saúde) Gestão Plena do Sistema Municipal – o que significa gerir todas as unidades de saúde pública do município, incluindo as instituições hospitalares, tanto as do estado quanto as da União. Dentre vários requisitos para a municipalização da saúde, tanto na modalidade Plena de Atenção Básica, quanto a Plena do Sistema Municipal, é necessário a comprovação por parte do município do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde – órgão de participação popular com caráter deliberativo (NOB/96, p. 24-27).

GPS – Gestão Plena do Sistema.

O Brasil possui hoje uma das legislações mais democráticas e universais no que tange à regulamentação da saúde pública. O Sistema Único de Saúde disponibiliza, atualmente, gratuitamente e de forma universal, desde procedimentos ligados ao diagnóstico precoce de doenças, até tratamentos de alta complexidade como o é o caso do HIV, das neoplasias e transplantes. A viabilização desse Sistema não tem sido tarefa fácil para os gestores nos três níveis de governo. O alto custo para manter uma saúde pública universal e de qualidade levou o governo brasileiro adotar um modelo assistencial baseado na atenção primária à saúde. Assim, é lançado oficialmente em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família.

3. O Programa Saúde da Família no Brasil

Reorganizar os serviços e as ações de saúde no Brasil, viabilizando mudanças na forma de pensar e fazer saúde pública, eis o fio condutor da proposta do Ministério da Saúde ao lançar, em 1994, o Programa Saúde da Família. O PSF é “um modelo de assistência à saúde que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde que fazem atendimento na unidade de saúde local, no nível da atenção primária” (Brasil, 1994, p. 6). A lógica de assistência à saúde, desta forma, se desloca do modelo hospitalocêntrico e curativo para ações preventivas e reabilitadoras, estabelecendo laços de compromisso entre os profissionais de saúde e os usuários.

Embora o Programa Saúde da Família tenha sido elaborado pelo Ministério da Saúde, portanto ao nível federal, a implantação do mesmo se dá pela adesão dos municípios a esse projeto estratégico. Conforme documento do Ministério da Saúde, “a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferenças locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais” (Brasil, 1997, p. 34). O processo de implantação o PSF possui várias etapas, dentre elas a habilitação do município em alguma das gestões da NOB/96. É preciso ainda comprovar o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a existência de um Fundo Municipal de Saúde, além do compromisso de elaborar e divulgar, anualmente, o Plano Municipal de ações e gastos em saúde. Uma rede de transferência e contratransferência também é necessária. Dito de outro modo, o município necessita oferecer, como retaguarda, às unidades do Saúde da Família uma rede de apoio de diagnóstico e tratamento de maior complexidade para os casos que requeiram procedimentos médicos especializados.

As unidades do Saúde da Família são concebidas como a “porta de entrada” para o atendimento mais complexo do sistema. Aqui cabe ressaltar que a expressão “porta de entrada” leva algumas vezes ao entendimento distorcido da expressão, que passa uma imagem inadequada das unidades, como se essas fossem um mero local de triagem e encaminhamento de pacientes. Ao contrário, as unidades de saúde do PSF têm sob sua responsabilidade todo o plano terapêutico do paciente por elas atendido. Quando da indicação médica para um tratamento especializado, a equipe do Saúde da Família encaminha o paciente para os níveis mais complexos do sistema, no entanto, “jamais deve perder de vista o usuário” (Brasil, 2000a, p. 13). A experiência em atenção primária comprova que apenas 15% dos casos atendidos pelas unidades de atenção básica, necessitam encaminhamento para níveis mais especializados do sistema (Ibidem).

A implantação das unidades do Saúde da Família nas comunidades ocorre, geralmente, tendo como critério o enfoque de risco social. São comunidades que possuem altos índices de desemprego, criminalidade, prostituição, crianças fora da escola e outras questões sociais, que

aumentam o risco de adoecer e morrer. Assim, os gestores municipais, muitas vezes, optam por implantar as primeiras equipes do PSF em áreas periféricas e com dificuldade de acesso da comunidade aos serviços de saúde. A implantação baseada em prioridades tem provocado, também, crítica ao Programa, identificando-o como um programa de saúde pobre para os pobres. Tal imagem não reflete a realidade. O Programa Saúde da Família deve ser entendido como um modelo de assistência à saúde que tem como objetivo reorganizar o sistema de saúde no Brasil e substituir, em médio prazo, a rede básica tradicional. Podemos afirmar que do êxito do PSF depende o futuro do SUS. No momento em que as áreas de risco dos municípios estiverem cobertas pelas unidades de atenção básica, naturalmente os demais centros de saúde serão gradativamente substituídos pelas unidades do Saúde da Família. Esse processo ocorre atualmente em Porto Alegre. No ano de 1998, o município contava com 28 equipes de SF, cobrindo 8% da população porto-alegrense. Atualmente, são 62 unidades implantadas, com cobertura populacional em torno de 14%.²⁵

O aspecto da cobertura populacional da rede básica tem proporcionalmente a ver com os recursos enviados do governo federal para os municípios. A Portaria nº 1.329, de 12/11/99, estabeleceu uma nova sistemática para o cálculo de incentivo financeiro para o Programa Saúde da Família. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde são agora proporcionais à cobertura populacional que as equipes do PSF cobrem em cada região. Desta forma, os recursos liberados às secretarias municipais de saúde para o financiamento das equipes do PSF são proporcionais à faixa de cobertura das unidades de atenção básica no município.

Esse critério de financiamento vinha sofrendo críticas por muitos gestores municipais, na medida em que municípios com pequeno número de habitantes, conseguem com menos equipes uma cobertura maior da população. Assim, um município com até 5.000 habitantes²⁶ consegue com apenas uma equipe 100% de cobertura populacional. Esses municípios estão dentro da faixa máxima de cobertura, recebendo o teto mais alto de incentivo para o financiamento do PSF. As cidades com densidade populacional acima de 100.000 habitantes necessitam implantar um número significativo de equipes para chegarem à faixa máxima de remuneração. O Quadro Demonstrativo II ilustra o grau de cobertura populacional e o respectivo incentivo em recursos do Ministério da Saúde para o financiamento do Programa Saúde da Família nos municípios.

Recentemente, a Portaria nº 396/GM, de 04 de abril de 2003, veio corrigir esse repasse desigual de financiamento, reajustando em 20% o valor incentivo/ano para os municípios com mais de 100 mil habitantes.

Quadro II – Faixa de cobertura populacional e valores anuais do incentivo financeiro por equipe de PSF

Classificação das faixas de cobertura	Faixas de cobertura populacional em %	Valor do incentivo/equipe/ano (RS 1,00)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360

²⁵ Dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2003.

²⁶ As equipes do Saúde da Família trabalham em territórios definidos. Em outras palavras, cada equipe de saúde é responsável por uma população em torno de 4.500 pessoas.

4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

No momento, o grande desafio do PSF é a extensão de suas equipes para os grandes centros urbanos. A meta principal do PSF – a reorganização das ações e serviços de saúde no Brasil – só será atingida quando o processo de operacionalização de um sistema de atenção hegemônico apoiado nos princípios da saúde da família, na noção de território e no fortalecimento dos vínculos entre os usuários e as equipes de saúde, cobrir 75% da população brasileira. Esse é o objetivo do Ministério da Saúde. Hoje, o PSF atende mais de 50 milhões de usuários em todo o Brasil, com uma rede de mais de 15 mil equipes espalhadas por todo o território nacional (Brasil, 2003b). Para 2003, foi previsto um aumento de R\$ 363 milhões nos repasses federais para ampliação e o funcionamento dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde nos municípios. O investimento passará de R\$ 1,8 bilhão para R\$ 2,1 bilhões ao ano. O repasse por equipe do PSF crescerá, em média, de R\$ 47 mil para R\$ 56,5 mil/ano. A estimativa do governo federal é que sejam criadas quatro mil novas equipes até ao final de 2003. Assim, mais treze milhões de pessoas passarão a ser atendidas pelo Programa, totalizando 70 milhões de brasileiros assistidos (Brasil, 2003b).

4. Composição e atribuições das equipes multiprofissionais das unidades do Saúde da Família

O padrão de atenção primária integral à saúde, proposta pelo Programa Saúde da Família, é um modelo assistencial ainda em construção e, portanto, não possui características bem definidas (Vasconcelos, 1999, p. 24). Podemos designá-lo, no entanto, como uma estratégia assistencial à saúde que tem como eixo principal “o apoio aos indivíduos e aos grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde” (Ibidem). Isso equivale afirmar que o primeiro e derradeiro objetivo a ser perseguido pelas equipes do PSF é o estabelecimento de vínculos e de laços de comprometimento entre os profissionais de saúde e os usuários. O Ministério da Saúde salienta para os coordenadores municipais do PSF a atenção especial que deve ser dada à seleção dos profissionais que integram as unidades do Saúde da Família (Brasil, 2000a, p. 24). Os trabalhadores em saúde que possuem formação e uma visão no modelo tradicional acabam por gerar conflitos e dificultam a consolidação da prática sanitária baseada na prevenção e na participação popular. O profissional adequado para o trabalho nas unidades do PSF é aquele que tem sensibilidade para com as questões sociais aliada à disposição para as atividades em comunidade.

A equipe mínima recomendada pelo Ministério da Saúde, para compor uma unidade de Saúde da Família é um médico, um dentista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde. Não é vedada a inclusão de outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e outros; no entanto, a falta de recursos tem

levado as prefeituras a optarem, quase que unanimemente, pela equipe mínima. Dentre as muitas atribuições das equipes multiprofissionais do Saúde da Família, destacamos as seguintes:

- Conhecer a realidade das famílias da comunidade onde a equipe atua, enfatizando as características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde das pessoas;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contato com os indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas locais;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que o legitimam;
- Incentivar a formação ou a participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

O trabalho educativo é ferramenta fundamental para o êxito do modelo assistencial à saúde baseado na atenção primária. A lógica do trabalho em saúde na perspectiva da atenção básica encontra-se na substituição da centralidade individual e curativa para uma abordagem focalizada na família, na comunidade e na prevenção. Os conhecimentos técnicos dos profissionais necessitam ser reelaborados à luz dos anseios, dos desejos, dos sonhos, das crenças, dos valores, enfim, da matriz cultural daquela comunidade singular, onde a equipe realiza sua intervenção. O indivíduo, a família e a comunidade devem ser percebidos e cuidados pela equipe multiprofissional do PSF de forma integral e articulada, em relação aos demais subsistemas sociais. Dessa perspectiva, o processo de aperfeiçoamento permanente dos profissionais das equipes torna-se objetivo último no processo de atender efetivamente as bases filosóficas do Programa Saúde da Família. O fio condutor que desenha a prática dos integrantes das unidades do Saúde da Família não é o conhecimento técnico, mas sim o saber humanitário e o agir solidário.

Considerações finais

Intentamos, no presente artigo, esboçar, em linhas gerais, as diretrizes do Programa Saúde da Família, enquanto estratégia governamental para viabilizar a saúde pública no Brasil. O Sistema Único de Saúde – SUS – resultado das lutas articuladas entre os trabalhadores em saúde comunitária e os movimentos populares nas décadas de 70 e 80, cumpre dentro da legalidade, a extensão à saúde de forma universal, integral e equânime a todos os brasileiros. Operacionalizar o SUS no Brasil, diante de políticas econômicas de cortes neoliberais, passou a ser o desafio do governo federal nos anos 90. A alternativa encontrada pelo Ministério da Saúde, na então gestão do ministro Henrique Santillo, foi aderir às propostas de organismos internacionais, como as da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e as do Banco Mundial,

no sentido de substituir, gradualmente, o modelo assistencial biomédico hegemônico, até então vigente no país, pelo modelo de atenção básica à saúde.

As diretrizes básicas do Programa Saúde da Família se fundamentam na descentralização e municipalização das ações e serviços em saúde, no modelo de atenção primária integral à saúde e na co-responsabilização entre usuários e trabalhadores em saúde. Muitos são os problemas a serem enfrentados nesse processo de conversão. Os papéis, as atribuições e as responsabilidades dos sujeitos envolvidos nessa nova forma de entender e fazer saúde pública, necessitam ainda ser mais bem definidos. Apesar dos claros avanços que a conversão do Sistema de Saúde Brasileiro vem proporcionando à saúde pública, é preciso não perder de vista que a eficaz implantação do PSF no Brasil depende, principalmente, do enfrentamento do maior de seus desafios: o de contrariar interesses diversos a uma saúde pública universal e de boa qualidade no nosso País. Viva o SUS!

Referências

AROUCA, A. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese. Faculdade de Medicina. UNICAMP, 1975.

BANCO MUNDIAL. Washington, D.C. *Brasil – Novos desafios à saúde do adulto*. Série de Estudos do Banco Mundial sobre Países, 1991.

BRASIL. (1988). Brasília. Constituição Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

———. Brasília. *Programa de Saúde da Família*. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 1994.

———. Brasília. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Ministério da Saúde. 1997.

———. Brasília. Portaria nº 1.329 de 12/11/1999. Ministério da Saúde. 1999.

———. Brasília. *Emenda Constitucional nº 29* de 13/09/2000. Congresso Nacional. 2000.

———. Brasília. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Cadernos de Atenção Básica. Caderno I. 2000a.

———. Brasília. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB-SUS- 96*. Disponível na Internet: <www.saude.gov.br/descen/nob96.htm>. Acesso em: 23 set. 2001

———. Brasília. Portaria nº 396 de 04/04/2003. Ministério da Saúde. 2003.

———. Brasília. *Anuário Estatístico de Saúde no Brasil*. Ministério da Saúde. Disponível na Internet: <<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001>>. Acesso em: 15 jun. 2003. 2003a.

———. Brasília. Programa de Agentes Comunitários. Ministério da Saúde. disponível na Internet: <www.portal/pacs>. Acesso em: 19 maio 2003. 2003b.

BULLA, Leonia Capaverde; ARAÚJO, Jairo Melo; BARRILI, Heloisa (orgs.). *A pesquisa em Serviço Social e nas Áreas Humano-Sociais*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.

FAVERET, Paulo Filho; OLIVEIRA, Pedro Jorge. *A universalização excludente. Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da Anpec, 1989.

FUHRMANN, Nadia Lucia. *Programa Saúde da Família: uma alternativa em saúde pública no município de Porto Alegre*. Dissertação. Faculdade de Serviço Social. PUCRS, 1999.

LAURELL, Asa Cristina (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.

KILSZTAJN, Samuel et al. Grau de cobertura dos planos de saúde e distribuição regional do gasto público em saúde. *Saúde e Sociedade*, n. 10, v. 2, 2001, p. 35-45.

MENDIONDO, Marisa. Reaprender a lidar com o envelhecimento e a velhice: um desafio de final de século. In: BULLA, Leonia Capaverde; ARAÚJO, Jairo Melo; BARRILI, Heloisa (orgs.). *A pesquisa em Serviço Social e nas áreas humano-sociais*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

MISOCZKY, Maria Ceci. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, n. 42, 1994, p. 40-44.

OLIVEIRA, Francisco. *Critérios para avaliação de uma unidade de saúde comunitária: com a palavra, os usuários*. Porto Alegre: UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Administração, 1995.

SALUD MUNDIAL. *Revista de la Organización Mundial de la Salud*, ano 51, n. 2. 1998.

STEIN, Airton. *Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência*. Tese. Faculdade de Medicina. UFRGS, 1998.

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