

Fundação Oswaldo Cruz



NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

Instituto Aggeu Magalhães

Departamento de Saúde Coletiva

Residência Multiprofissional em
Saúde Coletiva

MONOGRAFIA

EDUARDO MARQUES MACÁRIO

***O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INDUTOR
DE MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO À
SAÚDE:***

A EXPERIÊNCIA DO CABO DE SANTO AGOSTINHO

ORIENTADORA:
Prof. Luci Praciano Lima

CONSULTA

Recife 1999

(043.42)"1999"
M115p

EDUARDO MARQUES MACÁRIO

NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

***O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INDUTOR DE
MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE***

A EXPERIÊNCIA DO CABO DE SANTO AGOSTINHO

Monografia apresentada como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista
no Curso de Pós-graduação *lato sensu* à
nível de Residência Multiprofissional em
Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos em
Saúde Coletiva NESC/IAM/FIOCRUZ,
sob orientação da Professora Luci Praciano Lima

RECIFE – 1999

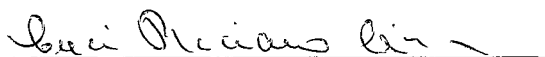
EDUARDO MARQUES MACÁRIO

***O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO INDUTOR DE
MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE***

A Experiência do Cabo de Santo Agostinho

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-graduação *lato sensu* à nível de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva NESC/IAM/FIOCRUZ, pela comissão formada pelos seguintes professores:

Orientador



Luci Praciano Lima

Depto. de Medicina Social / UFPE

Examinador



Iana Maria Campelo Passos

NESC/IAM/FIOCRUZ

*“Verdade
A porta da verdade está aberta, mas só deixava passar meia pessoa de cada vez
Assim não era possível atingir toda a verdade, porque a meia pessoa que
entrava só trazia o perfil de meia verdade
E sua Segunda metade voltava igualmente com meio perfil
E os meios perfis não concidiam
Arrebentaram a porta
Derrubaram a porta
Chegaram ao lugar luminoso onde a verdade esplendia seus fogos
Era divida em metades diferentes uma da outra
Chegou-se a discutir qual a metade mais bela
Nenhuma delas era totalmente bela
E carecia optar
Cada um optou conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia”.*

(Carlos Drumond de Andrade)

*“A produção de textos e sua interpretação
por meio da leitura passam a ser uma
forma de conquista de liberdade, de
transcendência dos limites do eu e da
verdadeira conquista da cidadania”.*

(Barbara Freitag)

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, em especial, aos companheiros Alexandre Merrem, Ana Paula, Bay, Conceição Cardoso, Ediel, Edilene, Geysiane, Janaina, Juliana e dona Zilda.

À todos os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que fazem parte do Programa Saúde em Casa.

À todos os colegas do NESC, e em especial Adriana, Ana Cristina, Carol, Fernando, Gabriela, José Alexandre, Petra, Vaneide e Wellington, pelo companheirismo e amizade durante todo o período do curso.

A todos os professores e funcionários do NESC, em especial Abel Menezes, André Monteiro, Antônio Mendes, Eduardo Freese, Iana Passos, Janice, Mégine, Nilda e Paulo Lira, que me auxiliaram no cumprimento de mais uma meta rumo ao conhecimento.

À “minha querida professora” Regina Nascimento, pela oportunidade de participar de um processo riquíssimo dentro da Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, podendo compartilhar um pouco de sua experiência profissional, aliada ao aporte teórico dentro do NESC.

À minha orientadora Luci Praciano Lima, muito mais que uma professora, uma verdadeira mestre em trabalhar a saúde com paixão aliada à razão, pela disposição em ajudar a tornar esse processo de aprendizagem ainda mais rico, e pelo incentivo ao vôo próprio.

À Vanda Aquino, pela luz...saudades.

Aos meus pais, pela coisa mais maravilhosa que poderiam me dar, a vida.

E finalmente à Deus, por tornar isso tudo realidade.

MACÁRIO, Eduardo M., **O Programa Saúde da Família como Indutor de Mudanças no Modelo de Atenção à Saúde: A experiência do Cabo de Santo Agostinho**. Recife, 1999. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). NESC/IAM/FIOCRUZ.

RESUMO

Esse estudo tem por objetivo analisar o Programa Saúde da Família como indutor de reorientação do modelo de Atenção à Saúde, tendo como eixo a experiência de implantação do Programa Saúde em Casa da Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho. Se trata de um estudo observacional de cunho descritivo / analítico, cuja estrutura foi apresentada em quatro momentos: o primeiro – onde foi realizado um levantamento histórico das políticas de saúde no Brasil, identificando os vários movimentos que influenciaram na definição de um novo modelo de atenção à saúde proposto a partir da implantação do SUS; o segundo – onde foram identificadas as principais concepções acerca do Programa Saúde da Família, bem como foi realizada uma introdução ao conceito de modelo de atenção à saúde; o terceiro – que buscou caracterizar o município do Cabo de Santo Agostinho, relatando a experiência de municipalização e implantação do Programa Saúde em Casa; e o quarto – onde foram colocadas as considerações finais sobre o estudo. Coloca-se que o aparecimento de indicadores epidemiológicos favoráveis nos dois primeiros anos de implantação do projeto não deve ser tirado como único indicador de que o programa está no caminho certo. Sugere-se a construção de novos indicadores e da realização de uma supervisão qualitativa das unidades de saúde para melhor acompanhamento do processo, coloca-se a necessidade de tornar o SUS um projeto coletivo para além do âmbito da saúde, e conclui-se levantando algumas questões que necessitam serem melhor trabalhadas, para que seja delineada, com maior exatidão, a modificação do modelo de atenção à saúde.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Família; Modelo de Atenção à Saúde; Saúde Coletiva; Organização de Serviços de Saúde; Rede Básica de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
OBJETIVOS	13
CAPÍTULO 1: Caracterizando as Políticas de Saúde no Brasil	14
1.1 Um breve histórico sobre as políticas de saúde no Brasil	14
1.2 O contexto atual: a operacionalização da NOB 96	26
CAPÍTULO 2: Da Medicina Comunitária ao PSF	30
2.1 Uma introdução ao conceito de Medicina Comunitária	30
2.2 O Programa Saúde da Família	34
2.2.1 Considerações sobre a proposta governamental	34
2.2.2 Debatendo o PSF	37
2.3 Algumas questões sobre o modelo de atenção à saúde no Brasil	43
2.4 Considerações sobre o Programa Saúde da Família	47
CAPÍTULO 3: A Saúde no Cabo de Santo Agostinho	49
3.1 Características Geo-demográficas e Populacionais do Município	49
3.2 Perfil Epidemiológico	52
3.3 Em Busca de um Novo Conceito de Saúde	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

INTRODUÇÃO:

A motivação para a realização do presente trabalho surgiu a partir da experiência vivenciada durante o estágio do 2º ano do Programa Multiprofissional de Residência em Saúde Coletiva, junto à coordenação do Programa Saúde em Casa da Secretaria de Saúde do Município do Cabo de Santo Agostinho.

Nesse período, pude acompanhar, como Residente, o processo de estruturação de um novo modelo de atenção saúde, que tem o Programa Saúde da Família como estratégia para uma mudança nas práticas de saúde, priorizando a atenção básica juntamente com uma rede de maior complexidade composta de maternidade, unidade mista, pronto socorro, centros de DST e Saúde Mental, além de um sistema de informações de saúde que auxiliem no planejamento de ações que objetivem dar maior agilidade e resolutividade para os serviços.

Através da experiência obtida, atuando como observador participante do processo, participando de reuniões, oficinas, seminários e acompanhando a estruturação de projetos, surgiu a disposição em relatar todo o processo que acompanhei, refletindo sobre os conceitos e os movimentos estratégicos que ocorriam ao meu redor. A partir disso, levanto questões que estão na pauta de discussões da saúde, como modelo de atenção à saúde, financiamento, políticas de saúde e a estratégia do Programa Saúde da Família, etc.

Com o objetivo de diminuir o sofrimento do paciente, cuja situação de fragilidade por estar doente se une à insegurança em relação ao serviço que é oferecido (Merhy, 1989), diversos municípios promovem verdadeiras “revoluções administrativas” que se baseiam na inversão do modelo assistencial, e na construção de uma utopia, o Sistema Único de Saúde.

Segundo Campos (1989), Modelo Assistencial é o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las.

O que acontece em alguns municípios, particularmente no Cabo de Santo Agostinho, são tentativas de se superar o modelo assistencial hegemônico, de cunho liberal-privatista, que teima em existir, mesmo com o SUS tendo completado 10 anos. Esse modelo tem o mercado como o responsável pela organização da produção e distribuição de serviços de saúde, visando o lucro a partir de modalidades de serviço que propiciem rápido retorno financeiro.

A lógica do modelo liberal-privatista se baseia no atendimento individual e curativo, na qual a população de maior poder aquisitivo tem acesso a uma ampla rede de consultórios complementada por hospitais altamente especializados, enquanto a população de baixo poder aquisitivo tem acesso a uma vasta rede de pronto-atendimento cuja atenção impessoal e sua baixa resolutividade não provoca o impacto adequado nos problemas de saúde, além de inúmeros hospitais contratados e conveniados.

Esse modelo, que se encontra em crise há mais de vinte anos, segundo Merhy (1997), foi o responsável pela postura dos profissionais de saúde que tratam o usuário e a eles próprios de uma maneira impessoal, objetivisante e descompromissada. Isso vai de apoio com uma visão estereotipada do servidor público como ineficiente, preguiçoso e acomodado, bem como da que o serviço público não presta.

O Sistema Único de Saúde surge como principal conquista do Movimento de Reforma Sanitária, na medida que garante a Saúde com direito, promovendo atendimento universal, hierarquizado e regionalizado. Com isso, ele quebra com o modelo liberal-privatista vigente, na medida em que o mercado se torna apenas complementar ao sistema, e não mais como regente.

Todavia, conceber um modelo de saúde que seja responsável pela saúde de uma população de mais de 150 milhões de brasileiros não é um exercício simples, e nem se consegue da noite para o dia. O SUS é um modelo em construção, que vive a mercê dos maremotos por que passa o Brasil, assim como todos os países subdesenvolvidos. O neoliberalismo, a globalização e as políticas de ajuste econômico provocam a diminuição do montante de recursos financeiros para as áreas sociais, como educação e saúde. Segundo Jorge (1998), *“a busca pela estabilização econômica é a única política pública do governo”*, ficando num plano inferior as áreas de saúde, educação, assistência social, previdência e reforma agrária.

Do ponto de vista das políticas de ajuste econômico implementadas pelo Governo Federal, Temporão (1997) avalia seus efeitos perversos, que, entre outros resultados, vem apresentando:

- *“aumento da concentração de renda em função de um novo padrão de acumulação, cujas conseqüências sociais são o desemprego estrutural e a perda do princípio de solidariedade;*
- *fortalecimento de uma ideologia do consumo, não apenas de medicamentos e recursos terapêuticos e diagnósticos, mas da saúde como um todo;*
- *aumento do número de excluídos, em função da recessão, inclusive atingindo setores da classe média e do operariado mais qualificado;*
- *programas de ajustes recessivos, motivados pela inserção subordinada na nova ordem mundial, comprometendo os gastos sociais e vulnerabilizando de modo importante os segmentos mais pobres e frágeis;*
- *perda da capacidade de os estados nacionais formularem e implementarem suas políticas”.*

Entendendo-se Saúde como um estado de bem estar físico, mental e social, que de acordo com a política do SUS se apresenta como “direito de todos e dever do Estado”, essas questões tem influência direta no nível de saúde, na medida em que torna o ser humano fragilizado, sem emprego, sem moradia. Isso, aliado a uma queda do volume de investimentos em Saúde formam o estado de caos em que se encontra a Saúde no Brasil. O Acesso do usuário aos serviços de saúde se encontra então prejudicado. Filas gigantescas nas portas dos grandes hospitais se tornaram rotina no Brasil. Hospitais Públicos sucateados, profissionais descompromissados, isso até hoje ainda faz parte da rotina de quase a totalidade do sistema público de saúde no Brasil.

Alguns autores colocam opções para a reversão do quadro caótico que se encontra a saúde no Brasil. Campos (1989), coloca que *“para que possa existir maior eficiência dos serviços de saúde, é necessário o desenvolvimento de uma ampla rede básica que garanta, junto com o pronto-socorro, o primeiro atendimento às pessoas”.*

Além disso, o autor sugere que “*além do atendimento ambulatorial básico às intercorrências clínicas de todas as faixas etárias, deve ser desenvolvido, concomitantemente, ações de saúde pública*”. É o fim da medicina de consultórios, de especialistas, e o surgimento das equipes multiprofissionais de saúde cujos membros possam desenvolver além da atenção individual ao paciente, trabalhos educativos, de orientação e de avaliação do serviço.

Isso só poderá ser garantido mediante uma radical alteração nos mecanismos de gestão e financiamento da rede básica, incluindo maior investimento, o que é incompatível com a idéia de que tudo que é básico é barato, pobre e primário.

Partindo-se dessas idéias é que existe o conceito de modelo de atenção à saúde, que tem como objetivo racionalizar, e garantir maior eficiência na utilização dos recursos, a universalização do acesso e a equidade do atendimento e a hierarquização dos serviços (Cecílio, 1997). O modelo de atenção à saúde tem seu desenho em forma de pirâmide, sugerindo a existência de fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contra-referência.

Com o objetivo de se por em prática os princípios do SUS, adaptando-as as necessidades concretas, o **Programa Saúde da Família (PSF)** surge dirigindo suas ações ao núcleo familiar e comunitário. Atua com base na Saúde Pública, através de uma equipe multidisciplinar que incorpora ações curativas e preventivas, incluindo educação em saúde. Cumpre, a princípio, o papel de principal porta de entrada para o sistema, tendo certo grau de resolutividade em suas ações. Um dos pontos centrais do **PSF**, é o estabelecimento de vínculos e a co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (M.S. – 1998).

Essa estratégia só se tornará viável a partir do momento que o município se consolide enquanto poder local, e o gestor assuma maior responsabilidade pela saúde de sua população. Para isso, é necessário um aporte de recursos financeiros que, através do controle social e da eleição de prioridades, seja eficientemente aplicado nessa modalidade saúde. Diversos mecanismos, como as Normas Operacionais Básicas auxiliam na busca desse objetivo. A NOB 96 cria o PAB (Piso Assistencial Básico) que

servirá como custeio de ações básicas, como implantação de equipes de PSF, entre outras.

A partir dessa realidade, acontece um intenso debate sobre qual seria a verdadeira função estratégica do PSF, o que gera vários pontos de vista sobre a questão, que vai desde estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, até como simples ferramenta para se garantir o acesso de populações marginalizadas a um serviço de saúde básico.

Sendo assim, o presente estudo pretende descrever os processos, movimentos e estratégias desencadeadas pelo Programa Saúde em Casa da Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho dentro da proposta de ser um indutor de reorientação do modelo de atenção à saúde, conforme o discurso institucional, identificando na literatura os referenciais teóricos que norteiam essa afirmação.

Será realizado um estudo observacional de cunho descritivo/analítico, cuja operacionalização se dará a partir de uma revisão bibliográfica, da leitura de documentos oficiais do município e dos documentos de estudos avaliativos das mudanças nos indicadores de saúde. Também é importante colocar a minha participação como observador participante do processo, inserido na equipe de coordenação do programa saúde em casa.

A estrutura do trabalho será apresentada em quatro momentos: o primeiro – onde será realizado um levantamento histórico das políticas de saúde no Brasil, identificando os vários movimentos que influenciaram na definição de um novo modelo de atenção à saúde proposto a partir da implantação do SUS; o segundo – onde será identificada e analisada as principais concepções acerca do Programa Saúde da Família; o terceiro – que irá caracterizar o município do Cabo de Santo Agostinho, relatando a experiência de municipalização e implantação do PSF; e o quarto – que se refere às considerações finais, é o momento de refletir sobre os dados apresentados em relação ao aporte teórico referenciado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar o Programa Saúde da Família como indutor de reorientação do modelo de Atenção à Saúde, tendo como eixo a experiência de implantação do Programa Saúde em Casa da Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os vários movimentos que influenciaram na definição da proposta de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil a partir da implantação do SUS;
- Identificar e analisar as principais concepções acerca do Programa Saúde da Família;
- Caracterizar o processo de municipalização do Cabo de Santo Agostinho, e seus principais movimentos estratégicos;
- Descrever e avaliar o desenvolvimento do Programa Saúde em Casa;
- Visualizar as contribuições do Programa Saúde em Casa para a reorientação do modelo de Atenção à Saúde no município.

CAPÍTULO 1: CARACTERIZANDO AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O presente capítulo cumpre um papel de caracterizar as políticas de saúde no Brasil, desde os primeiros movimentos do início do século, até o contexto atual que se encontra o SUS. Objetiva identificar os vários movimentos que influenciaram na definição da proposta de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil, a partir da implantação do SUS.

1.1 Um breve histórico sobre as políticas de saúde no Brasil

Segundo Guedes (1998), *“o Brasil cultivou ao longo de sua história uma tradição política, econômica e administrativa de centralização de poder que é marcada pelo autoritarismo profundamente elitista e excludente, herança do escravismo colonial e do caráter oligárquico das classes dominantes”*.

Com a queda do Império, o centralismo quase que absoluto praticado por esse regime cedeu lugar a uma espécie de centralismo “Estadual” praticado pela República Velha, que debilitou a União e os Municípios, prevalecendo práticas oligárquicas como a “política dos coronéis” (Mello *apud* Neto, 1991: 57).

O Federalismo, introduzido pela Constituição de 1891 definiu que o Estado teria a função de organizar as Instituições Municipais, definindo suas competências, forma e campos de seu governo, bem como o tipo de controle que sobre os mesmos exerceria. O Município era visto como “Criatura do Estado Membro” (Mello *apud* Neto, 1991: 57).

Nesse cenário político, de constituição de um estado burguês, tiveram origem os serviços de saúde no Brasil. De caráter higienista-campanhista, a política de saúde adotada no início do século tinha como principal tarefa o combate aos vetores transmissores das epidemias que assolavam os centros urbanos, prejudicando assim certas atividades econômicas, principalmente a agro-exportação. Isso favorecia a

centralização dos serviços de saúde pública que eram estruturados de forma vertical, “tratando de combater uma doença específica que ameaçava a produção, e não realizando uma promoção integral da saúde”.

Com a significativa queda da participação das doenças pestilenciais a partir da década de 20, as questões de saúde tiveram que ser reavaliadas. Considerado como essencialmente empirista e de baixa eficácia, o modelo anterior foi altamente criticado diante dos novos problemas que a saúde pública tinha pela frente, que eram a questão da saúde das crianças, dos trabalhadores, entre outros, “aos quais só a Higiene e a Educação Sanitária poderiam responder cientificamente (MERHY, 1997).

Nesse cenário surge o movimento médico-sanitário que, contando com o financiamento de organismos internacionais como a Fundação Rockefeller, favoreceu a implantação de projetos verticais permanentes “baseados nos projetos bacteriológicos e médico-sanitários, com combate a grupos específicos de doenças”, fato evidenciado pela criação da Fundação SESP, em que foram criados centros de saúde e postos de saúde rurais permanentes em várias regiões do Brasil (MERHY, 1997). À Medicina, com sua base curativa e de exercício da clínica, da patologia e da terapêutica, se juntou a Saúde Pública, com a tarefa de prevenir a doença e promover a saúde através do exercício da higiene, da educação sanitária e da organização administrativa dos serviços. Paralelo a isso, ocorria a expansão das questões sociais no nível da Previdência Social, com a construção dos serviços médico-previdenciários.

Em 1923 com a Lei Eloi Chaves, teve início a Previdência Social no Brasil. Era baseado no sistema de CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões), que garantia a trabalhadores de determinadas categorias a concessão de benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões) e a prestação de serviços médicos aos trabalhadores e familiares que morem no mesmo teto (Oliveira e Teixeira, 1985).

O movimento de 1930, que estabeleceu completa centralização ao dissolver todos os órgãos legislativos do país, iniciou um período que perdurou até a década de 60, que reforçou a tradição centralista, na medida em que atribuiu ao Estado Nacional o papel principal no planejamento do desenvolvimento econômico. (Neto, 1991). Apesar da Constituição de 1934 estabelecer a primeira configuração constitucional de autonomia municipal através da implantação da competência tripartida

(União, Estados e Municípios) e da garantia de eleição dos prefeitos e vereadores, o Estado Novo tratou de engavetar essa proposta.

A Constituinte de 1946 ampliou a fonte de financiamento dos municípios, aumentando assim as relações entre as três esferas de governo. Todavia, o Município não conseguiu conquistar um verdadeiro papel como “*formulador e executor de políticas públicas e de espaço para realização da cidadania*” (Neto, 1991), devido a alguns fatos, como o não repasse de recursos por parte da União e Estados, o aumento indiscriminado do número de Municípios, a crescente urbanização e aumento populacional dos centros urbanos, e a ineficiência e incapacidade dos Municípios de melhorarem a arrecadação de receita própria.

A partir de 1930, com o processo de industrialização e urbanização, e o surgimento do proletariado urbano e da classe média, ocorreram mudanças no processo político social brasileiro. Surgiram os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que reuniram em si as diversas CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) existentes, passando-se a agregar categorias e não apenas empresas. Com o passar do tempo, a demanda por serviços médico-previdenciários se torna crescente, e os gastos com a assistência médico-hospitalar se tornam elevados devido à demanda e ao privilegiamento de práticas tecnificadas. “*Esses fatores transformam a Medicina Previdenciária em hegemônica em meados da década de 60, passando a ter prioridade na política estatal em relação à Saúde Pública*” (Neto, 1991).

Surge um novo modelo médico-assistencial, orientado para a acumulação de capital que se baseava nos seguintes pontos (Neto, 1991):

- “*Tecnificação dos atos médicos;*
- “*Ênfase na Assistência Hospitalar;*
- “*Divisão técnica do trabalho médico (especialização);*
- “*Assalariamento médico;*
- “*Expansão das indústrias de retaguarda (medicamentos, instrumentais e equipamentos).*

Em 1963, durante a III Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada uma proposta de Municipalização da Saúde no Brasil que teve origem na década de 50, no

seio do “Sanitarismo Desenvolvimentista”. Segundo Fadul (1978), *“a idéia fundamental era criar uma rede flexível, que a nível municipal se adequasse à realidade do Município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio Município se desenvolvesse (...)”*

No entanto, essas questões foram colocadas em 2º plano após o movimento militar de 1964.

Em 1964, os militares derrubam o Governo João Goulart e instituem a ditadura no Brasil. Era um Regime que se baseava na exclusão e no autoritarismo na condução das políticas públicas. Segundo Neto (1991), *“o modelo político-autoritário implantado em 1964, de forma coerente, buscou diminuir e/ou eliminar algumas características descentralizadas que o Estado Brasileiro, Federativo, possuía anteriormente”*.

É na década de 70 que surgem, em algumas cidades como Campinas (SP), Londrina (PR) e Niterói (RJ), experiências de formulação de políticas locais de saúde e de organização de serviços baseados na atenção primária, amplamente divulgada a partir da Conferência de Alma-Ata/OMS, e na Medicina Comunitária. Esses Municípios *“iniciaram um movimento de reformulação do sistema, através da descentralização dos serviços essenciais de saúde, realizada de baixo para cima, através da ocupação dos espaços vazios deixados por outras esferas de governo”* (Neves *apud* Neto, 1991: 59).

As diversas experiências municipais foram motivo de debates em diversos encontros de secretários municipais de saúde que ocorreram pelo Brasil. Cabe destacar o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Sudeste, em 1978, que contou com a participação de 60 Municípios de 16 Estados, que aprovaram o “Memorial de Campinas”, que continha as seguintes reivindicações (CEBES, 1978):

- *“Prioridade dos Municípios para a atenção primária através dos postos de saúde;*
- *“Priorização pelo Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social (FAS) às solicitações dos Municípios para investimentos na rede física dos serviços;*
- *“Descentralização tributária;*

- *“Aumento da dotação tributária das Prefeituras para a Saúde;*
- *“Integração Institucional.*

Esses encontros faziam parte do movimento contra-hegemônico da saúde, denominado “Movimento Sanitário”, cujas propostas em sua maioria foram contempladas pela VIII Conferência Nacional de Saúde.

No governo militar, ocorreu uma intensificação da separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública, e um sucateamento do setor público associado às ações sanitárias. Nesse período, as Políticas de Saúde eram conduzidas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, tendo no início dos anos 80 as seguintes características (Draibe, Viana, Silva *apud* Neto, 1991: 59):

- *“Centralizador das decisões, à nível financeiro e operacional, no Governo Federal, e dentro dele no interior do INAMPS, o real “executor” da política governamental de Saúde como um todo;*
- *“Privilegiador de uma forma de financiamento apoiada na captação de recursos independentes do orçamento fiscal via contribuições sociais (...) extremamente vulneráveis às crises econômicas;*
- *“Privatizante, do ponto de vista da execução dos serviços (...);*
- *“Deteriorador da capacidade instalada do setor público (...);*
- *“Fragmentado em duas redes separadas, a médico-sanitária (com escassez de recursos), e a médico-hospitalar (fornecedora de serviços à Previdência Social);*
- *“Incapaz de dar uso eficiente aos recursos alocados no setor, e fazer frente aos problemas epidemiológicos que vão se tornando cada vez mais complexos;*
- *“Tendente a expandir a cobertura, segmentando e diferenciando o acesso para distintos segmentos de trabalhadores;*
- *“De planejamento, gestão, avaliação e controle cada vez mais difíceis;*
- *“Inefetivo, quanto às necessidades da população de acesso, equidade, da quantidade e da qualidade dos serviços, da resolutividade, etc.;*
- *“Atuando sem hierarquia, regionalização, sistemas de referência, mecanismos de integração, e sendo predominantemente hospitalocêntrico.*

A década de 80 é marcada por uma crise política e econômica caracterizada por aceleração inflacionária, recessão, crescimento do endividamento interno e externo.

Motivada pelos custos crescentes da assistência médica, pela existência de altos índices de corrupção e de inúmeras fraudes contra o sistema, e incapaz de aumentar as demandas crescentes de universalização e equidade colocadas pelo processo de redemocratização da Sociedade Brasileira, a Previdência Social adentra a década de 80 em profunda crise financeira e administrativa.

A redução do valor dos serviços comprados à iniciativa privada, promovido pelo INAMPS, não consegue diminuir o déficit financeiro do órgão, ocasionando numa queda da qualidade da assistência e aumentando os casos de fraude e corrupção.

Fica evidente que *“este modelo, de cunho estatal-privatista, não tem condições de superar os problemas colocados pela universalização e pelos custos crescentes”* (Neto, 1991).

A crise do sistema previdenciário, aliado ao processo de abertura política, detona no país uma série de debates que objetivam modificar a estrutura previdenciária vigente. Destaca-se a atuação ativa de diversas entidades e ramos da sociedade civil que formaram o “Movimento Sanitário”.

O Governo, em busca de legitimidade, elabora, num primeiro momento, o PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – que visava a *“reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação”* (Oliveira e Teixeira, 1985). Esse projeto se tornou alvo de discussões e polêmicas quanto ao seu verdadeiro propósito, tido como autoritário por não contar com a participação, na elaboração, da sociedade, de entidades de saúde e dos prestadores privados. Uma Segunda versão é elaborada, mas acaba descaracterizada e enfraquecida, ocasionando na sua não implantação pelo Governo Federal.

O Governo Federal cria em 02/09/91 o Conselho Consultivo de Administração de Saúde (CONASP), com a competência de *“operar sobre a*

organização e aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social” (Oliveira e Teixeira, 1985).

O CONASP formula o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social que apresenta várias recomendações, entre elas (Heiman *et all*, 1998):

- *“Instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), com o estabelecimento de convênios com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, objetivando a integração e racionalização da atuação do setor público;*

- *“Criação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que instituiu novo modelo de pagamento das internações hospitalares realizadas pelos serviços privados e filantrópicos contratados e conveniados ao INAMPS, a Autorização para Internação Hospitalar (AIH).*

Através das AIS, o Governo Federal repassava a Estados e Municípios, recursos mediante uma programação de orçamento integrada que trazia o compromisso dos Municípios realizarem determinadas ações segundo tabelas e critérios do Ministério da Previdência.

As AIS constituíram em importante estratégia no processo de descentralização da Saúde. A grande adesão dos Municípios (Cerca de 2500 em 1986) possibilitou uma melhoria no atendimento à população, inclusive com ampliação da cobertura. Todavia, apesar dos êxitos localizados, *“essa estratégia não foi capaz de combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório na instância Federal, tornando-se clara, então, que o sistema deveria ter um gestor único em cada esfera de governo, com funções diferenciadas para cada uma delas” (Heiman et all., 1998).*

O crescimento do debate em torno da crise da Previdência e da Saúde, juntamente com o processo de abertura política que o país vivia na década de 80 fez surgir e crescer diversos movimentos reivindicatórios por garantia de direitos sociais, entre eles o Movimento pela Reforma Sanitária e pelo direito à Saúde.

Esse movimento culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, que contou, pela primeira vez, com a participação de sindicatos, associações de moradores e outras entidades representativas da sociedade civil. Foram discutidos aspectos que, mais tarde, se tornariam os princípios básicos do SUS: **universalização, equidade, descentralização, integralidade e controle social.**

Destaca-se na VIII CNS, a participação de representantes de 99 municípios, que foram signatários de um documento reivindicando que *“o novo Sistema Nacional de Saúde será descentralizado (federalizado), e que os Municípios deveriam ter atribuições e competências não só para serem gestores do novo Sistema, como também autonomia para definir as políticas locais de Saúde, com a formulação dos Planos Municipais de Saúde ou Planos Diretores Municipais”* (Neto, 1991).

Em 1987, foi implantado pelo Governo Federal o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou, segundo Heiman et al., a descentralização de recursos físicos e financeiros da máquina previdenciária para os Estados. Os principais pontos de consenso do SUDS são (Neto, 1991):

- *“O INAMPS perde seu papel como prestador de serviços e torna-se um órgão controlador e co-financiador do Sistema de Saúde;*
- *“A prestação de serviços passa a ser efetuada de forma descentralizada pelos Estados e Municípios;*
- *“O planejamento passa também a ser realizado de forma descentralizada, visando evitar o paralelismo de iniciativas, e buscando maior resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de Saúde;*
- *“A estrutura do INAMPS sofre modificações visando à eficácia do Sistema de Saúde a curto prazo.*

O SUDS forneceu uma maior racionalização do uso de recursos, viabilizou o início do processo de recuperação da rede pública aumentando a sua resolutividade, bem como abrindo novos canais de participação do usuário no controle social através dos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais. Todavia, além de ficar a mercê dos interesses político-clientelistas dos Gestores Estaduais, o SUDS não

conseguiu superar a dicotomia preventivo/curativo do nosso Sistema de Saúde, a fim de garantir uma maior qualidade na assistência à população.

Enquanto isso, os Secretários Municipais de Saúde continuavam mobilizados, e em Abril de 1988, durante o V Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em Olinda, foi criado o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) com a finalidade de lutar pela autonomia dos municípios, sendo uma representação deles junto ao Governo Federal. O documento que saiu desse Encontro ficou conhecido como a “Carta de Olinda”, na qual os Secretários Municipais de Saúde consignam (CONASEMS, 1988)

“...os Municípios, berço real da cidadania, reafirmam sua convicção de que o verdadeiro controle só ocorrerá efetivamente na medida em que o poder local conquiste e tenha acesso a condições materiais, financeiras e políticas para gerir autonomamente o sistema local de saúde”.

“...(a Reforma Sanitária como) medida urgente reclamada por amplos setores da Sociedade Civil com a qual estão comprometidos os “Municípios (...)”

“(a luta por) reformas essenciais também das Políticas Tributária, Urbana, Agrária, sem o que o Brasil não poderá jamais ser considerado uma federação real, devido à marginalização de grande parte de seus cidadãos (...)”

A Constituição Federal de 1988 referenda todo esse processo, na medida em que coloca: *“A Saúde é Direito de todos e Dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. E continua: *“As ações e Serviços Públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;**
- II – Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;**
- III – Participação da comunidade.”**

Com a Universalização da assistência, pela primeira vez não só os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e seus dependentes tem acesso aos serviços de saúde, e sim todo o cidadão brasileiro.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com essas diretrizes, deveria constituir uma rede de serviços de saúde públicos e privados, descentralizada, regionalizada e hierarquizada. O setor privado participaria do sistema de forma complementar, por intermédio de contratos ou convênios com o setor público.

O SUS é uma evolução, na medida em que através dos princípios de universalidade, equidade e integralidade, garante atendimento à todas as pessoas em todos os níveis de assistência, sendo tratadas como iguais, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, através de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do Sistema.

O início da implantação do SUS só se dá em 1990, com sua regulamentação através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). Essa lei, que sofreu profundas alterações através dos vetos presidenciais do então presidente Collor, incorporou os principais tópicos já consagrados na constituição. Além disso, a Lei orgânica de Saúde consagrou dois pontos essenciais ao bom funcionamento do sistema único: a autonomia municipal e a descentralização efetiva dos recursos financeiros.

De acordo com o artigo 3º, do Título I:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Mais tarde, essa lei é complementada pela Lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências de recursos financeiros. Assim, ficaram asseguradas a criação dos Conselhos e Conferência de Saúde em todas as instâncias de governo, com representação paritária dos usuários,

garantindo o controle social no setor. Também foi assegurado o repasse regular e automático dos recursos para Estados e Municípios, que deveriam dispor de um Fundo de Saúde, um Conselho de Saúde, um Plano de Saúde, uma contrapartida de recursos de seu próprio orçamento, e uma comissão para elaboração de um Plano de Carreira, Cargos e Salários.

A partir de 1991, o Ministério da Saúde instituiu as Normas Operacionais Básicas como instrumentos reguladores do processo de descentralização. De acordo com Scotti (1996), *“as NOB’s são instrumentos jurídico-institucionais, editados periodicamente pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com demais gestores e outros segmentos da sociedade, negociando e pactuando na Tripartite, e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, para:*

- induzir e estimular mudanças;
- aprofundar e reorientar a implementação do SUS;
- definir novos objetos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais;
- regular as relações e seus gestores;
- normatizar o SUS”.

A primeira NOB, emitida em 1991, transformou os serviços de natureza pública (municipais e estaduais) em prestadores, equiparados aos de natureza privada ou filantrópica. Também criou os “Convênios de Municipalização”, que introduziu o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde. Todavia, a NOB 91 tinha muitos traços centralizadores, o que ocasionou num retrocesso em relação às expectativas após a aprovação da Lei Orgânica, na medida em que construiu as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma convenial, e transformando os sistemas estaduais e municipais em meros prestadores de serviços.

A edição da NOB 93 desencadeou o processo de municipalização da gestão, ou seja, promoveu a conquista de uma maior autonomia do gestor municipal para administrar o seu sistema municipal de saúde, na medida em que criou a habilitação dos Municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena). Essas condições transitórias apontavam para uma situação onde o

Município pudesse assumir o papel de gestor pleno do sistema, que se consolidaria na relação das comissões Bipartite (Estadual) e Tripartite (Nacional), sob controle social dos Conselhos de Saúde.

Na condição de gestão semiplena, os Municípios assumem o controle total da gestão do Sistema de Saúde, incluindo definição das políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação no âmbito de seus territórios. Também passam a receber mensalmente, por transferência fundo a fundo, o total de recursos financeiros para custeio correspondentes ao teto ambulatorial e hospitalar estabelecido (teto global da assistência).

De 1994 à 1996, apenas 137 Municípios assumiram a condição de gestão semi-plena, num universo de aproximadamente 5000 Municípios, incluindo as capitais de 11 Estados, com cobertura de aproximadamente 16% da população, e utilizando cerca de 23% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados à assistência. Os demais Municípios brasileiros, que representam quase 84% da população continuaram, na melhor das hipóteses, como meros prestadores do sistema gerenciado à nível central, sem modificações importantes em sua organização.

1.2 O contexto atual: a operacionalização da NOB 96

A experiência obtida com a aplicação da NOB 93, que possibilitou o fortalecimento do SUS ao impulsionar o processo de descentralização no país, serviu de base para a elaboração da NOB – SUS 01/96.

A NOB 96 tem por finalidade primordial *“promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS”*. Além disso, ela busca caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, procura descentralizar para os municípios a gestão e execução direta da atenção básica de saúde, promove o aumento da transferência fundo a fundo dos recursos federais a estados e municípios, fortalece a gestão do SUS através das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, e visa o estabelecimento de vínculo entre o cidadão e o SUS.

No que se refere ao custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, os recursos fazem parte do Teto Financeiro da Assistência, tendo seus valores repassados por transferência regular e automática (fundo a fundo) e por remuneração por serviços produzidos. Dentre os recursos que são transferidos fundo a fundo estão os que se referem ao Piso Ambulatorial Básico (PAB), os incentivos ao PSF e PACS, a Fração Assistencial Especializada (FAE), o Teto Financeiro de Assistência do Município e do Estado (TFAM e TFAE), e o Índice de Valorização de Resultados. A remuneração por serviços produzidos consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados. Fazem parte a remuneração de Internações Hospitalares através do SIH/SUS, a remuneração de procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade por intermédio do SIA/SUS, a remuneração transitória por serviços produzidos e os fatores de incentivo e índices de valorização.

Além destas, outras modalidades de financiamento surgiram com a finalidade de se realizar o custeio de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças.

A NOB 96 define novas condições de gestão para os municípios – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, e para os estados – Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de prestadores de serviços ao Sistema, ficando o estado com a gestão do SUS naquele território. Já os Estados que não aderirem ao processo de habilitação, continuarão desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, sem os avanços garantidos pela NOB 96.

Com isso, a NOB 96 passa a ser um importante instrumento na operacionalização do Sistema, apresentando grandes avanços na relação intergestores e na política de financiamento do SUS, aumentando as transferências diretas fundo a fundo, bem como definindo os papéis de cada nível de governo no processo de gestão.

Em relação ao modelo de atenção, a NOB 96 pretende ser *“um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços”*. Para isso, propõe que o enfoque do modelo atual, centrado na clínica, seja ampliado com a incorporação do modelo epidemiológico, *“o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes”*.

Também de acordo com a NOB 96, deve-se promover a mudança no método de intervenção do modelo de atenção à saúde que, *“ao invés de se concentrar no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente e na intervenção terapêutica armada (...) deve ser centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias”*. Espera-se, com isso, que ocorram mudanças globais de caráter intersetorial.

A adoção de novas tecnologias a partir dos processos de educação e comunicação social, e a substituição da “ética do médico” pela “ética do coletivo” também fazem parte da pretensão da NOB 96 em fixar as bases para um novo modelo de atenção à saúde. Portanto, a NOB 96 *“assume claramente posição pelos modelos de ação programática e vigilância à saúde, privilegiando no financiamento, os municípios*

que desenvolverem os programas de saúde da família e os agentes comunitários de saúde” (Bueno e Merhy, 1997).

Como se percebe, ao longo dos anos, a NOB 96 faz parte de uma série de mecanismos que surgiram após a Constituição Federal, com a finalidade de se viabilizar a implantação do SUS. Apesar de apresentar avanços importantes na consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, a NOB 96 apresenta, segundo Bueno e Merhy (1997), “alguns equívocos no seu processo de construção que poderão retardar efetivos avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial que privilegie a vida e a construção da cidadania”. E coloca como exemplos os seguintes fatos:

- “Instituição de projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região;

- “Concede poderes efetivos para organismos como a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, sobre os conselhos gestores na definição dos programas que serão incentivados;

- “Obriga aos prestadores privados a estarem em dia com seus tributos à União para se habilitarem a esta nova gestão no SUS, o que, apesar de ter um propósito moral e ético, provoca a inviabilização dessa nova relação como o SUS na medida em que a grande maioria dos hospitais estão inadimplentes com a União. Portanto, ficam mantidos a situação dos antigos contratos com o INAMPS, e os municípios ficam prejudicados no estabelecimento de padrões de qualidade e no seu direito de gerir de forma plena o sistema.

- “Fragmenta a integralidade da atenção ao admitir duas tipologias de gestão (Plena do Sistema de Saúde e Plena de Atenção Básica), bem como em relação ao financiamento através da criação de uma “cesta básica” financiada com recursos do Piso Assistencial Básico (PAB), incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e aos Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

- “Induz a implantação do modelo epidemiológico (programação ou vigilância à saúde), o que fere a autonomia dos municípios na opção por seu

modelo através de distorções no processo no financiamento, ou no mínimo, penaliza os municípios que não adotarem o PSF e o PACS;

- “A instituição do cartão SUS-MUNICIPAL como forma de materializar o vínculo e favorecer o processo de gestão poderá e seguramente será utilizada como forma de barrar o acesso do cidadão aos serviços de sua escolha e onde este tem verdadeiro vínculo pela qualidade dos serviços prestados;

Apesar das críticas, a NOB 96 é o mais moderno mecanismo de gestão já proposto pelo Ministério da Saúde, e é através dele que diversos municípios podem oferecer melhores condições de saúde à sua população. Não é o ideal, mais já é um grande passo rumo à plena efetivação do SUS.

CAPÍTULO 2: DA MEDICINA COMUNITÁRIA AO PSF

Neste capítulo será enfatizado o conceito de medicina comunitária, e os vários movimentos que mais contribuíram para a definição do modelo de atenção à saúde no Brasil proposto a partir da implantação do SUS, buscando identificar e analisar as principais concepções acerca do Programa Saúde da Família.

2.1 Uma introdução ao conceito de Medicina Comunitária

Durante boa parte do Século XX, no mundo ocidental predominou o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde conhecido como Medicina Flexneriana ou Científica, que tinha os seguintes elementos estruturais:

- *“Mecanicismo: O corpo humano é visto como uma máquina que pode ser montada e reorientada se sua estrutura e funções forem completamente entendidos;*
- *“Biologicismo: Reconhecimento exclusivo e crescente da natureza biológica da doença, em detrimento dos determinantes econômicos e sociais;*
- *“Individualismo: O indivíduo é o objeto da medicina científica, em detrimento de sua vida e dos aspectos sociais;*
- *“Especialização: Fragmentação do indivíduo em partes específicas;*
- *“Exclusão de práticas alternativas: Construção de um mito de eficácia “cientificamente comprovada” que anulou ou restringiu outras práticas médicas acadêmicas ou populares tidas como “inefícazes”.*
- *“Tecnificação do ato médico: Necessidade de técnicas e equipamentos para investigação diagnóstica e terapêutica;*
- *“Ênfase na medicina curativa: Prestígio do processo fisiopatológico como base do conhecimento para o diagnóstico e terapêutica;*
- *“Concentração de recursos: A tecnificação do ato médico e a especialização proporcionaram uma concentração de recursos nos espaços urbanos e nos hospitais como parte da exigência da sociedade industrial.*

Segundo Silva Jr. (1996), *“essa concepção de medicina se incorporou ao desenvolvimento do sistema capitalista monopolista, exercendo um papel importante na reprodução da força de trabalho, no aumento da produtividade e na reprodução da teoria capitalista, legitimando-a. Incrementou seu papel “normatizador” da sociedade, “medicalizando” seus problemas sociais e políticos. Também abriu um “novo mercado”, o de consumo de práticas médicas e de saúde”*.

A Medicina Comunitária se originou a partir das críticas ao Modelo Flexneriano. Em 1920, Bertrand Dawson, médico Inglês, elaborou um relatório propondo a reestruturação dos serviços de saúde ingleses, que se baseava no princípio do Estado como provedor e controlador das políticas de saúde, e que os serviços de saúde deveriam ser responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas. Justificava que *“a medida que aumentava a complexidade e o custo do tratamento, diminuía o número de pessoas que podem pagar por toda a gama de serviços”*, e para isso propunha uma atuação coordenada através de médicos generalistas capazes de atuar sobre indivíduos e comunidades.

O relatório também colocava que os serviços, em regiões específicas, deveriam ter como base um centro primário de saúde capaz de oferecer serviços de medicina curativa e preventiva, a cargo de médicos generalistas, e um serviço de enfermagem eficiente. Um grupo de centros primários de saúde deveriam ter um centro secundário de saúde como base, e estes, por sua vez, deveriam formar um vínculo com o hospital.

Esse relatório serviu de base para outras propostas surgidas em outros países. Nos Estados Unidos, uma proposta originada na Universidade John Hopkins foi desenvolvida em vários estados americanos, e posteriormente exportada, através da Fundação Rockefeller para a África, Ásia e América Latina. Esse modelo, que ficou conhecido como “Campanhista Sanitarista” conferia aos Centros de Saúde um papel de prestar serviços permanentes de saúde pública (exames preventivos, puericultura, imunizações, pré-natal, assistência à tuberculose, lepra, doenças mentais e venéreas), em regiões geograficamente delimitadas. Esses serviços eram articulados com projetos de higiene das cidades e do controle de epidemias através de obras de saneamento, reformas urbanas, campanhas de combate a vetores e imunizações.

Pode-se afirmar que, nos países capitalistas, a Medicina Comunitária surge para suprir as necessidades de se oferecer serviços de saúde aos contingentes excluídos do acesso a Medicina Flexneriana. Todavia, essa proposta se torna numa opção para a acumulação de capitais do Estado por uma indústria de saúde crescente na medida em que se abre o mercado consumidor de saúde para populações excluídas, com o custo a cargo do Estado.

Mais tarde, a partir da década de 70, a OMS se torna a maior difusora da filosofia de Atenção Primária à Saúde, e o Banco Mundial, o principal financiador dessas políticas de saúde.

De acordo com a Conferência de Alma-Ata, Medicina Comunitária ou Cuidados Primários de Saúde *“são cuidados essenciais baseados em modelos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de auto-confiança e autodeterminação”*.

Os principais elementos estruturais da Medicina Comunitária são:

- **“Coletivismo restrito:** Preocupações com a saúde de grupos populacionais, restringindo-se aos limites da comunidade local;
- **“Integração de atividades promocionais, preventivas e curativas:** Tornar mais eficaz e eficiente o ato médico;
- **“Desconcentração de recursos:** Universalização da oferta de serviços de maneira hierarquizada, com a constituição de um nível primário abrangente, localizado o mais próximo possível do local de moradia e trabalho da população de uma determinada região;
- **“Tecnologia adequada:** Revisão nos critérios de seleção e utilização de tecnologias com a finalidade de serem úteis e financeiramente acessíveis;
- **“Inclusão de práticas médicas alternativas:** Visa aumentar a eficácia da atuação da medicina e uma melhor aceitação por parte da população assistida;

- *“Utilização de equipe de Saúde: Delegação de funções de pessoal de nível superior e médio, reestruturando o trabalho médico, mas mantendo-se o controle por parte dos mesmos;*
- *“Participação comunitária: Envolver a comunidade na solução de seus problemas, canalizando mais recursos, dela própria, para este fim.*

Todavia, essa concepção de medicina é alvo de críticas sobre suas idéias. Seu caráter de racionalização econômica das práticas médicas permite ao Estado destinar recursos que foram poupados para outros setores da economia, bem como diminuir os investimentos sociais na área de saúde. Expande de forma racionalizada o mercado consumidor de “produtos médicos”, reproduz a ideologia dominante e serve de base para programas coercitivos, como o planejamento familiar, que são interessantes à estrutura econômica na medida que controlam o crescimento de populações mais pobres (Silva Jr., 1996).

Como a atenção continua centrada no ato médico e em sua tecnologias, a Medicina Comunitária não consegue modificar o paradigma da Medicina Flexneriana, ou seja, são oferecidos cuidados primários para os menos favorecidos, e uma medicina de hospitais e clínicas para os mais abastados.

Entretanto, apesar de induzir a ilusão, através da participação popular, de que *“a comunidade decide o seu destino”*, a Medicina Comunitária, através de seu processo de recriação permanente e de uma maior exposição da população marginalizada, favorece maiores pressões por políticas de saúde mais abrangentes, reforçando as críticas ao modelo médico hegemônico.

Surgiram então propostas oriundas de diversos fóruns internacionais com a finalidade de se induzir mudanças efetivas nas práticas de saúde, como a proposta **SILOS**, as **CIDADES SAUDÁVEIS**, o **DISTRITO SANITÁRIO** e o **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**, que será abordado a partir de agora.

2.2 O Programa Saúde da Família

2.2.1 Considerações sobre a proposta governamental

Para o Ministério da Saúde, o **PSF** (Programa Saúde da Família) é uma estratégia que visa a reversão do modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e de caráter hospitalocêntrico, por uma atenção centrada na família, compreendida em seu ambiente físico e social, o que gera numa maior compreensão do processo saúde/doença por parte dos profissionais de saúde, bem como mostra que as intervenções vão além das práticas curativas.

Sua primeira etapa de implantação iniciou-se em 1991, com a estruturação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (**PACS**), que foi inspirado em experiências anteriores de prevenção de doenças através de informações e orientações sobre cuidados de saúde e grupos de risco.

O **PACS**, que tem como meta *“contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, para a integração das ações entre os diversos profissionais para a ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde”*, é considerado como uma estratégia transitória para o **PSF**. Tem como mérito, entre outros, a inserção no contexto dos trabalhadores de saúde, do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que, sendo uma pessoa da comunidade, conhece bem os seus problemas, podendo atuar junto aos moradores em todas as questões relacionadas com a saúde, identificando problemas, orientando, encaminhando e acompanhando a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação/reabilitação das pessoas daquela comunidade.

Atendendo no máximo 750 pessoas, o ACS executa um papel importante na territorialização das ações de saúde ao realizar o cadastramento de cada membro da família na sua micro-área, bem como obtendo informações a respeito das condições de saúde e de moradia, entre outras, que servirão para a realização do diagnóstico de saúde local, peça indispensável para o planejamento, programação e avaliação dos serviços de saúde prestados à população.

O ACS realiza o mapeamento de sua micro-área identificando os locais de risco, o que auxilia na realização de visitas domiciliares a todas as famílias pelo menos uma vez por mês, tendo as gestantes e as crianças como grupos prioritários que requerem atenção especial. Além disso, ele atua através de ações coletivas, mobilizando sua comunidade através de reuniões e encontros, bem como atua em outras áreas como educação, ao identificar e conduzir à escola crianças em idade escolar, e nas questões de cidadania e direitos humanos que afligem a comunidade.

A partir de 1994, a atuação dos ACS é ampliada com sua incorporação ao Programa Saúde da Família (PSF), que apresenta como objetivo geral:

“Contribuir para a reorientação do Modelo Assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação da UBS, com definição de responsabilidades entre outros serviços de saúde e a população”. (BRASIL, 1998)

Para isto, o PSF trabalha com os seguintes princípios:

- *“Caráter substitutivo: Substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde;*
- *“Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no nível primário de atenção, e deve estar vinculada à rede de serviços de saúde de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, bem como assegurar a referência e a contra-referência para diversos níveis do sistema, em situações especiais;*
- *“Territorialização e adscrição da clientela: Trabalha com um território de abrangência definido, podendo ter uma ou mais equipes que sejam responsáveis cada uma por no máximo 4.500 habitantes;*
- *“Equipe Multiprofissional: Uma equipe do PSF geralmente é composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. Também podem ser inseridos outros profissionais como odontólogos e assistentes sociais, dependendo da disposição do gestor.*

Portanto, a equipe do **PSF** deve estar preparada para conhecer a realidade das famílias de sua área de abrangência, destacando suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco aos quais está exposta. Pode-se, com isso, elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes de saúde/doença, prestar uma assistência integral resolvendo os principais problemas detectados usando padrões de acompanhamento dos casos através de mecanismos de referência ambulatorial e hospitalar, e desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados na comunidade.

Para substituir as práticas tradicionais de atenção à saúde por uma nova prática baseada na atenção básica, as Unidades de Saúde da Família devem criar um vínculo de responsabilidades com a população. Utilizam-se, para este fim, de práticas como **visitas domiciliares** - onde se monitora a situação de saúde das famílias, a **internação domiciliar** - com a finalidade de se humanizar e garantir qualidade e conforto ao paciente, além da participação em grupos de convivência, onde os profissionais do **PSF** atuam como educadores de saúde e catalisadores de várias políticas setoriais (saneamento, educação, habitação, segurança, meio ambiente, entre outros).

O Ministério da Saúde apregoa claramente que o **PSF** é uma estratégia para a mudança do Modelo de atenção à saúde, baseado na reversão do modelo centrado no hospital e na doença, por um modelo centrado na saúde, na família e na atenção primária. Para que essa estratégia funcione, coloca-se que é fundamental a integração entre os vários níveis de atenção existente, articulando os vários níveis através dos serviços existentes no Município ou Região. O **PSF**, como “**porta de entrada**” para o sistema, deve ser um componente de uma política de complementariedade, não devendo se isolar do sistema local. Deve sim provocar uma transformação interna do próprio sistema, visando a reorganização das ações e serviços, o que implica numa maior articulação entre as áreas de promoção e assistência à saúde.

2.2.2 Debatendo o PSF

Sendo a proposta do **PSF** um processo polêmico de quebra do paradigma da medicina flexneriana, se torna óbvio que exista um intenso debate acerca desse modelo. As divergências surgem através da riqueza de proposições, que não são mais do que estratégias diferentes de se atacar o problema. Todavia, é quase um consenso entre todos aqueles que tem compromisso com a saúde dos cidadãos que é preciso mudar o modelo de atenção à saúde.

Levcovitz e Garrido (1996), e Cordeiro (1996), que realizaram estudos sobre a proposta do PSF, defendem claramente a sua implantação de acordo com o que o Ministério da Saúde apregoa. Colocam que *“o PSF não é um programa tradicional, ou seja, não é uma estratégia paralela de organização dos serviços, mas uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo”*. A importância estratégica está em *“substituir a porta de entrada do sistema por outra interface, que não seja isolada do restante do sistema”*, e para isso deve-se modificar a estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS), que passará a ser a porta de entrada *“com oferta de uma atenção sanitária que incorpore atenção médica à promoção de saúde”*.

Além do referencial no campo teórico, os autores se baseiam fortemente no campo político ao colocar que o modelo hegemônico de financiamento é um forte indutor de assistência de baixo impacto. Para isso, os novos mecanismos propostos pela NOB 96, segundo Levcovitz e Garrido (1996) podem provocar a *“inversão do modelo ao garantir recursos de forma progressiva e ousada”*, além de tornar o conceito de atenção básica *“mais próximo dos princípios desse modelo”*.

Como a NOB 96 valoriza o incremento da cobertura, na medida em que quanto mais áreas forem atendidas maior será o incentivo financeiro, delega-se ao município a tarefa de planejar a implementação e expansão de suas equipes, de maneira que exista uma forma de prestação de serviços *“que valorize o vínculo, que se integre no sistema local de saúde e que assuma responsabilidades”*. Todavia, apesar do **PSF** ter um cunho municipalista por decreto, coloca-se que o nível estadual pode dar uma importante contribuição, principalmente dando *“suporte e inteligência estratégica, formação e*

educação continuada dos profissionais do PSF, bem como se articulando com o município para agilizar a questão do financiamento”.

Também a questão dos Recursos Humanos para o PSF é colocada pelos autores como um ponto fundamental para a construção do novo modelo de atenção à saúde na medida em que *“se a formação dos profissionais, principalmente o médico e o enfermeiro, não for substitutiva do aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia a dia”.*

Cordeiro (1996) é bem incisivo nesse ponto, ao considerar que: *“as estratégias para colocar em prática as transformações do modelo assistencial que completem o atual ciclo de transição do Sistema Único de Saúde devem considerar, entre vários fatores, aqueles que são determinantes da dinâmica do mercado de trabalho em saúde, principalmente a formação, a capacitação e a educação continuada dos profissionais de saúde, a oferta de postos de trabalho que criem novas demandas de força de trabalho em saúde, as formas de organização e remuneração desse tipo de trabalho capazes de gerar estímulos para novos padrões de prestígio profissional e compromisso social com os princípios de universalidade e equidade”.*

Em relação a questão da formação, capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde, coloca-se como ponto primordial por parte do Ministério da Saúde, o estabelecimento de pólos de referência, tendo o nível estadual um papel fundamental como catalisador de projetos deste cunho em pólos de capacitação, *“seja através da universidade, de escolas de saúde pública ou mesmo entre a academia e os núcleos de formação em serviço”*(Cordeiro, 1996).

Outro ponto é a questão da formação pessoal em nível de graduação, em que se propõe iniciativas para revisão ou reforma curricular, com incremento de cursos, práticas supervisionadas em especialidades básicas, além de internatos e estágios supervisionados. Como no PSF *“a tendência a abertura de um novo mercado não se dá nos mesmos moldes de outras profissões atingidas pela globalização da economia”*, supõe-se que aconteça uma pressão por demanda de profissionais para o PSF que poderá redirecionar, de forma positiva, o aparelho formador (Cordeiro, 1996).

Já na questão das formas de remuneração e de relações de trabalho, torna-se imperativo sua modificação, de forma a contribuir com a Reforma do Estado e com a consolidação do SUS no que se refere a mudança do modelo assistencial. Cordeiro (1996) coloca que *“as novas formas de remuneração devem ser coerentes com os conteúdos e com os objetivos do modelo assistencial baseado no PSF”*, e para isso propõe que *“o diagnóstico e o tratamento sejam subordinados à práticas de promoção da saúde, que têm uma lógica distinta dos procedimentos dirigidos para tratamento de doenças”*. Isso implica na criação de *“mecanismos de remuneração vinculados à adscrição de famílias com continuidade de acompanhamento, e na remuneração pela produção de saúde, e não por consultas, visitas ou reuniões realizadas que preservam a lógica dos critérios produtivistas”*.

Dáí Cordeiro (1996) coloca a proposta de se utilizar *“de uma remuneração básica estabelecida pela captação de famílias, e uma remuneração variável por resultados, determinada segundo graus de cumprimento de metas programadas pelas equipes de acordo com orientações técnicas das coordenações em consonância com as diretrizes municipais e estaduais estabelecidas nos planos de saúde”*. Essa remuneração variável seria construída de acordo com a NOB 96, no que se refere a criação de um índice de valorização de resultados (IVR).

Com isso, busca-se incentivar a adesão de cada equipe à programação de saúde, aumentando a qualidade do sistema de informações, uma vez que vincula-se a remuneração dos profissionais ao desempenho e ao cumprimento de metas relacionadas aos problemas prioritários, valendo-se da programação local e da epidemiologia como instrumentos de mensuração de efetividade do trabalho.

Cabe ainda ressaltar que a existência de mecanismos eficazes de referência e contra-referência são condições complementares indispensáveis para o êxito do novo modelo assistencial.

Levcovitz (1996) coloca que, como existem condições objetivas que ainda impedem que o PSF chegue em todas as localidades, deve-se promover o casamento entre o PACS e o PSF para que toda a população seja adscrita. Com isso, promove-se a universalidade na medida em que toda a população tem vínculo com o programa, não existindo com isso casos de pessoas que moram em áreas descobertas que procurem a

unidade de saúde da família e não sejam atendidas de maneira ideal, com continuidade do atendimento e integralidade das ações.

Todavia, essa visão não representa uma unanimidade entre os sanitaristas. Existem muitas variações na interpretação do que seja a verdadeira estratégia da atenção primária. Mendes (1996) coloca que, as interpretações mais comuns acerca da verdadeira função da atenção primária são as seguintes:

- *“Atenção primária com estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir;*

- *“A atenção primária como programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em estado de extrema pobreza, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos;*

- *“A atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.*

Segundo o autor, a interpretação da atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde é mais globalizante, na medida em que pretende *“reorganizar todos os níveis de atenção, alcançar todos os recursos do sistema, incluir todas as instituições estatais e privadas e atingir toda a população, em um movimento que objetiva reordenar todo o sistema de saúde do país”*. Apesar da superioridade conceitual, Mendes (1996) coloca que os seus resultados são discutíveis quando se observa os fins práticos dessa proposta, o que é demonstrado pela *“decodificação, no cotidiano social, desse discurso normativo da OMS”*. Esse discurso pode não ser muito fácil de ser entendido no seio de políticos e administradores dentro de ambientes dominados pela cultura *“flexneriana”*.

Com respeito a interpretação da atenção primária como programa específico, Mendes (1996) coloca que é o *“reconhecimento do Estado de sua impossibilidade de superar as desigualdades relativas, quanto ao acesso aos serviços de saúde e às possibilidades de adoecer, morrer ou incapacitar-se, dos diferentes grupos sociais, nas diversas regiões do país”*. Essa interpretação tem sido encontrada nos países

do terceiro mundo, dentro da proposta de ser uma prática complementar à medicina flexneriana, destinada a populações pobres e marginalizadas, às quais é oferecida tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidade de referências aos níveis mais elevados do sistema.

Outra variante é dada pelos programas destinados a sobrevivência de grupos de risco, na qual se concentram recursos em um conjunto restrito de tecnologias de alto impacto e baixo custo, como o que acontece na questão da mortalidade infantil. Considerar atenção primária segundo essa interpretação, segundo Mendes (1996), significaria *“a negação dos princípios do SUS, instituindo o tratamento discriminatório aos excluídos”*.

Já no caso da atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, Mendes (1996) coloca que essa questão se fundamenta *“na possibilidade de se satisfazer os problemas de saúde de dada população, organizando os níveis de atenção de forma a minimizar os custos econômicos e sociais da satisfação do conjunto de suas necessidades com base, contudo, numa clara estratégia de operacionalização da atenção primária de saúde”*.

O autor afirma que a interpretação de uma estratégia de reformulação da atenção primária por meio do Saúde da Família é a mais viável de ser executada, uma vez que ela, conseqüentemente, irá catalisar o reordenamento dos níveis secundário e terciário mediante estratégia complementar, o consórcio de saúde. Justifica isso na medida que, considerando a atenção primária como a base de um sistema de saúde racional, sua organização constitui *“pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e quantitativo”*.

Continuando sua justificativa acerca do PSF como estratégia de organização da atenção primária, Mendes (1996) coloca que *“é desejável criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe do PSF, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde, dirigidas à família e ao seu habitat, de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais, e articulando-se com outros setores que determinam a saúde”*.

Em relação à questão de Recursos Humanos, Mendes (1996) considera que a prevalência da cultura da atenção médica trazendo como consequência a ausência de profissionais, especialmente de nível superior, capacitados para trabalhar na lógica do PSF, se constitui no grande dilema da Saúde da Família. Delineia a partir disso três posições: uma que julga inviável a proposta, o que leva ao *“imobilismo e à manutenção da prática médica na organização da atenção primária”*; outra, que julga necessário modificar o aparelho formador, que acaba conduzindo a um *“movimento ideológico que se esgota em si mesmo”*; e os que entendem que é necessário criar um mercado para os profissionais de saúde da família, que *“induziria as mudanças dentro da Universidade”*, medida que, se tomada isoladamente, *“não irá resolver totalmente o problema ao não incidir sobre a qualidade do fluxo de recursos humanos”*.

Na opinião do autor, deve-se *“instituir um mercado atrativo, pagando salários dignos aos profissionais do PSF, e reorientar, qualitativamente, o fluxo de recursos humanos, capacitando-os para a saúde da família”*. O pagamento de salários competitivos, mas do que uma decisão administrativa, é uma decisão política que se toma com o objetivo de valorizar o profissional, e com isso imputar um senso de responsabilidade com a atividade que irá executar.

Para se promover profundas modificações no ensino de graduação e pós-graduação das profissões de saúde, o autor sugere a necessidade de uma integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação para que os recursos humanos sejam adequados à nova proposta, que viabilizaria a estratégia. Sugere que, para todos os graduados nas escolas públicas de saúde, seja obrigatório o estágio em uma unidade do Saúde da Família.

2.3 Algumas questões sobre o modelo de atenção à saúde no Brasil

Seja qual for a interpretação que se faça sobre as estratégias do PSF, sua lógica está montada de forma que seja parte integrante de um modelo de atenção à saúde que tem como figura clássica uma pirâmide, em que, na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde responsáveis pela atenção primária, ou seja, pela atenção básica de caráter integral a grupos populacionais, servindo como “porta de entrada” para os níveis superiores do sistema; uma parte intermediária com serviços de atenção secundária, ou seja, as especialidades clínicas e cirúrgicas dos serviços ambulatoriais, o apoio diagnóstico e terapêutico, bem com serviços de urgência e emergência e hospitais gerais; e no topo os serviços hospitalares de maior complexidade, caracterizados pelos hospitais terciários ou quaternários.

Segundo Cecílio (1997), a pirâmide representa *“a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes, tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizados através de mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados”*.

A proposta de regionalização e hierarquização dos serviços traduzida pela pirâmide foi *“incorporada ao ideário daqueles que lutam pela consolidação do SUS no Brasil por representar a questão da justiça social específica para o setor saúde”* (Cecílio, 1997). Isso ocorreu devido aos seguintes fatos:

- *“Associava a idéia de expansão de cobertura e democratização de acesso, representada pelo conceito de porta de entrada”;*
- *“Possibilitava o espaço para a estruturação de uma ampla rede básica de serviços de saúde responsáveis pela atenção de populações adscritas”;*
- *“Proporcionava a hierarquização dos serviços como estratégia para racionalizar os recursos;*
- *“Abria a possibilidade de se oferecer o serviço próximo ao usuário, facilitando seu acesso bem com servindo para localizar as reais necessidades da população”.*

Todavia, para o próprio Cecílio (1997), a imagem projetada pela pirâmide se torna difícil de ser visualizada quando se observa o dia a dia das unidades de saúde Brasil a fora. E cita como fatos que demonstram essa afirmação a observação de que a rede básica não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante do sistema, ficando os serviços de urgência/emergência e os ambulatórios dos hospitais com esse papel, fato comprovado pela superlotação dos pronto-socorros que, na maioria das vezes atendem casos que não são considerados de urgência/emergência. Além disso, o usuário ainda encontra dificuldade de acesso a serviços especializados, bem como às cirurgias eletivas.

Essas dificuldades se tornam ainda mais claras quando, segundo Cecílio (1997), analisamos, do ponto de vista da configuração do SUS, que os recursos destinados ao setor saúde tem sido insuficientes, e mesmo sendo poucos são mal utilizados; que a atuação do setor privado de forma complementar ao público não tem ocorrido na prática, e ao contrário, ocorre retração da oferta de serviços ao SUS; e que o próprio setor público opera uma rede hospitalar e ambulatorial ociosa, que se for confrontada com a dificuldade de acesso da população aos serviços forma um paradoxo irracional.

Além disso, a partir da maneira como tem sido pensado o modelo assistencial, Cecílio (1997) observa a *“insistência em se defender determinadas missões para os serviços nos vários níveis da pirâmide que não guardam relação com a realidade”*. Justifica essa afirmação ao dizer que *“os centros de saúde nem bem fazem vigilância à saúde, nem conseguem dar resposta para as demandas por pronto-atendimento; que os ambulatórios não conseguem exercer seu papel de referência técnica especializada para a rede básica; e que os hospitais são espaços profundamente desumanizados, em que se gastam recursos e energias que resultam, na maioria das vezes, em baixo impacto sobre as reais condições de saúde da população”*.

A partir destes pontos, Cecílio (1997) coloca que *“a concepção do sistema como uma pirâmide está muito distante da realidade do usuário”*, e afirma a necessidade de que sejam pensados novos fluxos e circuitos dentro do sistema, *“redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários”*.

Com a finalidade de se construir um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas, Cecílio (1997) propõe um “arredondamento” da pirâmide, para que possamos conceber um sistema de saúde como um círculo.

Pensar o sistema de saúde como um círculo, segundo Cecílio (1997), significa romper radicalmente com a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais em ambos os sentidos proposta pela idéia da pirâmide, para se pensar o sistema associando-o “*com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída*”. Com isso, o sistema não hierarquiza, e sim abre múltiplas alternativas de entrada e saída.

Deve-se então trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. Assim, nos serviços de urgência/emergência e nos centros de saúde, consideradas as principais “portas de entrada” para o sistema, devem ser adotadas estratégias para acolhimento e reconhecimento dos grupos sujeitos a fatores de risco, com a finalidade de “garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado a seu caso”.

Nos serviços de urgência/emergência, Cecílio (1997) sugere que se trabalhe com “*protocolos que estabeleçam quais são as patologias que necessitam ter acompanhamento mais apropriado que não aquele atendimento que está sendo feito no pronto-socorro. Com base nesses protocolos, as equipes dos serviços de emergência deveriam se responsabilizar pelo encaminhamento do paciente para o espaço tecnológico adequado dentro do sistema*”. Além disso, sugere que se estabeleça “vínculos provisórios” com médico ou equipes dos serviços de urgência, aproveitando o tratamento inicial recebido com a finalidade de avançar na exploração e elucidação do problema, dentro dos limites tecnológicos do pronto-socorro. Cria com isso uma maior responsabilidade com o paciente por parte da equipe, garantindo o adequado encaminhamento do paciente ao serviço apropriado.

A reorganização do atendimento de urgência/emergência nos moldes da proposta citada implica numa verdadeira “revolução tecnológica” nos processos de trabalho desse setor, além de promover uma mudança de mentalidade dos técnicos, tendo com ênfase principal “*uma nova ética de trabalho nas unidades que compõem a rede básica de serviços*”.

Quanto ao centro de saúde, ele deve ser qualificado para ser *“uma das portas de entrada do sistema de saúde pois, fazendo parte de uma rede básica, não deve mais ser pensado como a porta de entrada hegemônica do sistema”*. Cecílio (1997) ressalta o papel do centro de saúde de articular o acesso dos usuários aos outros pontos do sistema, *“tendo o cuidado de se organizar para acolher todas as pessoas que, tendo entrado em outros pontos do sistema, necessitem de atendimento regular e qualificado”, ou seja, de atendimento programático”*.

Cecílio (1997) finaliza afirmando que ao repensar o sistema de saúde com um círculo, *“retira-se o hospital do topo da pirâmide e recoloca a relação entre os serviços de forma mais horizontal”*. Assim, a partir dessa lógica, fixa a importância de se garantir *“o acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde, ficando como o centro das preocupações o usuário, e não a construção de modelos assistenciais aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas”*. Repensar o sistema de saúde como um círculo *“pode ser uma ótima estratégia para se quebrar a dura hegemonia do hospital e recolocar a rede ambulatorial de serviços em outro patamar de reconhecimento pelos usuários, cujo centro de saúde se torna o “topo” do sistema”*.

2.4 Considerações sobre o Programa Saúde da Família

Em síntese, pode-se afirmar que a proposta do Programa Saúde da Família possui suas bases na medicina comunitária. Apesar de nascer com a finalidade de oferecer serviços de saúde aos contingentes excluídos do acesso à medicina flexneriana, a medicina comunitária apresenta em sua estrutura, alguns elementos que podem ser considerados avanços, que foram assimilados pela proposta do Programa Saúde da Família, como a atenção voltada a grupos populacionais, a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, e a utilização de equipe de saúde multiprofissional, com a finalidade de se reestruturar o trabalho médico, sem retirar contudo alterar a hegemonia exercida pelo mesmo na equipe de saúde.

Em contraponto, deve-se atentar ao fato de que a medicina comunitária serve também como estratégia para a racionalização da utilização da tecnologia e desconcentração de recursos para a constituição do nível primário, permitindo que o Estado economize recursos que serão revertidos para outros setores da economia, ao mesmo tempo que expande o mercado consumidor de produtos médicos para a população de baixa renda, bancados pelo Estado. E apesar da participação comunitária proposta induzir a ilusão de que “a comunidade decide seu destino”, essa questão se tornou um dos grandes méritos da proposta da medicina comunitária pois favoreceu maiores pressões por políticas de saúde mais abrangentes.

Com o intenso debate travado no campo da saúde pública, o Programa Saúde da Família surge com a finalidade de substituir as práticas convencionais de assistência por um novo processo centrado na vigilância à saúde. Para isso, a unidade de Saúde da Família, que está inserida no nível primário de atenção, deve estar vinculada à rede de serviços de saúde de forma a garantir a integralidade da atenção e a hierarquização dos serviços através de mecanismos de referência e contra-referência.

O Ministério da Saúde considera o PSF como estratégia para a mudança do modelo de atenção à saúde, se tornando a porta de entrada para o sistema, reorganizando as diversas ações e serviços oferecidos. Todavia, o PSF também pode ser visto como “cesta básica” de serviços de saúde como a finalidade de se garantir assistência básica aos cidadãos sem acesso ou com acesso reduzido ao sistema, bem como estratégia de organização do nível primário de saúde.

Sendo assim, focalizando o estudo no município do Cabo de Santo Agostinho, que adota a estratégia do Programa Saúde da Família como reorientador do modelo de atenção à saúde, algumas questões chaves foram formuladas com o objetivo de se refletir sobre o tema:

1- Qual a concepção que o município tem do Programa Saúde da Família como indutor de mudanças no modelo de atenção à Saúde?

2- O Programa Saúde da Família pode, por si só, reorientar o modelo de atenção à saúde?

3- Que condições se apresentam como favoráveis à proposta do PSF em induzir mudanças no modelo de atenção à saúde?

4- É possível promover adscrição em conjunto com universalidade?

5- O PSF como porta de entrada é efetivo na construção do modelo?

É na busca de resposta para estas questões que, a partir de agora, o presente trabalho será direcionado.

CAPÍTULO 3: A SAÚDE NO CABO DE SANTO AGOSTINHO

Neste capítulo, será apresentado o município do Cabo de Santo Agostinho, suas características, o perfil epidemiológico, e os principais conceitos, movimentos e estratégias que foram desencadeados para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estrutural a proposta do Programa Saúde em Casa.

3.1 Características Geo-demográficas e Populacionais do Município

Os dados dessa caracterização foram extraídos dos seguintes documentos institucionais: “Plano Municipal de Saúde”, “Programa Saúde em Casa: Saúde para todos”, e “Perfil Epidemiológico do Município do Cabo de Santo Agostinho”.

O município do Cabo de Santo Agostinho pertence a microrregião de Suape; está localizado na Região Metropolitana do Recife (RMR) a cerca de 30 Km da capital do Estado. Segundo dados do IBGE(1996) tem uma população de 140.764 mil habitantes, distribuídos em seus 451 Km², o que lhe confere uma densidade demográfica de 312,1 hab./km².

O Cabo de Santo Agostinho limita-se ao norte com os municípios de Jaboatão dos Guararapes e Moreno, ao sul com Ipojuca, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com o município de Vitória de Santo Antão.

Para melhor compreender e administrar as suas diferenças a Secretaria Municipal de Planejamento dividiu o município em 9 Áreas Políticas-Administrativas (APA), a APA 01 têm sede no Centro, APA 02 - São Francisco, APA 03 Vila da COHAB, APA 04 Vilas, APA 05 Praias, APA 06 Ponte dos Carvalhos, APA 07 Pontezinha, APA 08 Juçaral, APA 09 Charneca.

A população do Cabo de Santo Agostinho encontra-se distribuída da seguinte forma: 86,4% na área urbana que conta com 23.722 domicílios residenciais, apresentando uma taxa média de 4,62 moradores por domicílios ocupados e 13,6% na

área rural, com 3.437 domicílios ocupados com uma taxa média de 5,02 moradores por domicílios.

Quanto à distribuição por sexo, a população divide-se em 49,5% no masculino e 50,5% no feminino.

Em relação à distribuição etária, as características encontradas são similares ao padrão observado nas regiões metropolitanas brasileiras, com 38% de menores de 15 anos.

Destaca-se no município, um processo de urbanização espontânea e desordenada, que vem ocupando áreas inadequadas como encostas de morros e vazios urbanos alagáveis, ocasionando um adensamento populacional significativo na sede. O desenvolvimento da infra-estrutura urbana não conseguiu acompanhar esse crescimento desordenado, levando a uma acentuada desorganização espacial, acarretando, por conseguinte, problemas de drenagem e queda de barreiras, notadamente nos casos das ocupações dos morros sem prévia urbanização, dificultando sobremaneira a instalação de serviços básicos.

Em relação às condições sanitárias da cidade, 65,9% da população reside em áreas servidas por água encanada e 14,7% dispõem da rede de esgotos. Do total dos domicílios, 84% possuem instalação para destino final dos esgotos e 68% possuem coleta de lixo.

O município apresenta um variado perfil de atividades econômicas destacando-se entre essas o parque industrial, de significativa importância na economia do Estado. A atividade agrícola também é representativa destacando-se a agro-indústria canavieira. A indústria do turismo encontra-se em franco crescimento com a instalação de várias unidades hoteleiras, em suas privilegiadas praias, que são importantes pólos de atração turística.

Em relação a inserção do município no contexto econômico do estado, considera-se a existência de uma população flutuante, não computada no censo de 1991, que é constituída pela mão de obra da área industrial, proveniente de

municípios vizinhos, bem como do expressivo número de turistas que são atraídos nas ocasiões de festividades e períodos de veraneio.

Apesar do município do Cabo ser um importante pólo industrial, verifica-se um baixo nível de renda da sua população, visto que segundo o censo de 1991, dos 27.159 chefes de família, 6% não percebem nenhum salário. 70% percebem entre $\frac{1}{2}$ e 2 salários mínimos, e apenas 24% percebem acima de dois salários.

O município apresenta índices de analfabetismo de 21% nas faixas etárias acima de 10 anos, uma população escolar de 64.580 crianças e adolescentes na rede pública de ensino e uma taxa de evasão escolar de 30%. Existem no município, 135 estabelecimentos de ensino, sendo 52 privados, 72 públicos municipais e 11 públicos estaduais, segundo dados da Secretaria de Educação Municipal(1997).

3.2 Perfil Epidemiológico

Para a descrição do perfil epidemiológico do município do Cabo de Santo Agostinho, foi considerado o documento *“Programa Saúde em Casa: Saúde para todos”* da secretaria de saúde do Cabo de Santo Agostinho. O referido documento, ao apresentar a situação de saúde/doença através dos enfoques **POPULACIONAL, de GÊNERO, ESPACIAL E OCUPACIONAL**, facilita a análise do desenvolvimento de ações de saúde no município de forma mais integral, contemplando a dimensão quantitativa e qualitativa dos fenômenos de saúde.

Nas questões referentes ao enfoque **POPULACIONAL**, destaca-se os problemas de saúde da infância.

A taxa de mortalidade infantil é de 48 por 1000 nascidos vivos, em 1995, acima da média nacional que é de 40/1000 nascidos vivos e muito superior a de regiões como o Sul e Sudeste que é de 26,10 e 26,80 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. Na tabela 1, apresentamos as cinco principais causas de mortes em crianças menores de um ano.

**Tabela n.º 1 - Distribuição da Mortalidade Infantil por grupo de causas
Cabo de Santo Agostinho, 1995**

GRUPOS DE CAUSAS	N.º	%
Afecções Perinatais	67	41,68
Doenças Infecto Parasitárias	39	24,22
Anomalias Congênicas	18	11,18
Doenças do Aparelho Respiratório	17	10,56
Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas	10	6,21
Outras	10	6,21
Total	161	100

Fonte: DIE/DIEVIS/SES-PE.

Conforme os dados acima, verifica-se como primeira e segunda causa de óbito em menores de 1 ano, as afecções perinatais e as doenças infecto-parasitárias respectivamente.

A mortalidade por afecções perinatais são advindas das condições de saúde do período reprodutivo e das consultas periódicas ao serviço de atenção pré-natal, condições fundamentais para a redução da morbi-mortalidade perinatal. Como é do conhecimento da comunidade científica cerca de 30.000 mortes no Brasil são devido a diarreia. Sabe-se que a

morbimortalidade por doenças infecto-parasitárias pode ser atribuída as precárias condições de vida, incluindo-se a má distribuição de renda, o desemprego, baixo nível educacional, ausência de saneamento, desnutrição, etc.

Analisando os dados de cobertura vacinal para o ano de 1996, tem-se as seguintes coberturas vacinais: Anti-Pólio 158,7%; vacina Tríplice (DPT) 106,2%; vacina Anti-Sarampo 127,1% e vacina BCG 275,3%. Estes números refletem a necessidade de uma supervisão continuada nesta ação para que possamos entender e corrigir o que realmente está acontecendo. No entanto, inicialmente levantamos a hipótese de haver invasão de crianças nas áreas limítrofes do município ou a população utilizada para cálculo encontra subestimada.

Há persistência de doenças imunopreveníveis como o tétano neo-natal e uma elevada frequência de cárie dentária na população escolar, apesar de não haver um diagnóstico preciso sobre a ocorrência de cárie.

A situação acima descrita determina mudanças urgentes nas estratégias de assistência à gestante e à criança, com aumento da cobertura e da qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, análise da cobertura vacinal e ações de vigilância sobre as doenças imunopreveníveis, bem como, de outras intervenções voltadas para o meio ambiente, com destaque, para ações de saneamento e educação ambiental.

O município do Cabo de Santo Agostinho, 7,6% das crianças nascem com peso menor que 2.500 gramas, obtendo o 3º maior percentual da Região Metropolitana do Recife.

Quanto a doença meningocócica, a distribuição de casos e letalidade da doença (tabela 2), requer vigilância contínua e um trabalho junto aos profissionais de saúde visando um diagnóstico precoce.

Tabela n.º 2 - Distribuição dos Casos de Doença Meningocócica, Óbitos, Incidência por 100.000 hab. e % de Letalidade - Cabo 1994 a 1996*

ANOS	CASOS	ÓBITOS	INCIDÊNCIA	LETALIDADE
1994	17	0	12,7	0
1995	22	3	16,2	13,6
1996	25	4	18,5	16,0

Fonte: DIPLE/SES-PE - Até semana epidemiológica 51

Encontramos no município as doenças do aparelho circulatório como a primeira causa geral de óbito, considerando todas as faixas de idade, em 1995, e as causas externas como a segunda, incluindo os acidentes de trânsito, homicídios, os acidentes de trabalho, suicídios, afogamentos ou outros tipos de violências.

A terceira principal causa geral de óbitos são as doenças infecciosas e parasitárias, onde o acesso a água potável, a localização da moradia e a situação sócio-econômica da família tem influência importante.

Com relação a tuberculose, em Pernambuco morre por dia um habitante, o estado é o quinto lugar em registros de casos da doença no país. O município do Cabo de Santo Agostinho está entre os cinco municípios do estado com maior número de casos, apresentando em 1994, 1995 e 1996 os seguintes números: 155, 150 e 113, respectivamente.

Em decorrência desta situação o Cabo foi incluído, juntamente com outros 250 municípios do país, no Plano de Ação Emergencial para Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde, localidades onde se concentram três quartos das pessoas infectadas no país.

Quanto a Hanseníase, o Cabo apresentou em 1995, 78 casos novos, com coeficiente anual de detecção 5,8 por 10.000 habitantes e o estado apresentou 2.645 casos novos com coeficiente de 3,4/10.000. Do total de casos, 21,79% são menores de 15 anos.

Quanto a situação da raiva animal e humana, a situação é preocupante. Enquanto na Região Metropolitana do Recife foram registrados, em 1996, 02 casos de raiva humana, e inúmeros de raiva animal, o município não registrou nenhum caso, sugerindo subnotificação. Isso tudo contrastava com uma das menores taxas de cobertura vacinal da I Regional de Saúde, 53% da população canina/felina estimada, demonstrando de forma clara a péssima situação da vigilância sobre a doença.

Quanto ao enfoque de **GÊNERO**, vale ressaltar a complicada situação reprodutiva pela alta proporção de gestações em adolescentes (30% das mães em 1995), intervalo menores de 2 anos entre as gestações, e a falta de atenção no período pré-natal.

O município do Cabo de Santo Agostinho reproduz o perfil epidemiológico de Pernambuco, em relação ao câncer de colo uterino, onde nas neoplasias femininas é a segunda causa de morte, vindo em primeiro lugar o câncer de mama. Entre os municípios que possuem as maiores taxas de mortalidade do câncer cérvico uterino, o Cabo, encontra-se no décimo sétimo lugar. As neoplasias constituem a quarta causa geral de morte, em 1995, das quais 4,5% são câncer de colo uterino.

No tocante a AIDS, o município aparece com 33 casos notificados no período de 1983 a 1997, ocupando a quinta posição no estado de Pernambuco, com predominância, ainda, no sexo masculino de 72,7%. Destaca-se que 70% dos casos notificados encontram-se na faixa etária de 15 a 34 anos. Do total geral dos casos, 51,50% são pacientes heterossexuais.

Quanto ao enfoque **ESPACIAL** destaca-se a situação da epidemia de dengue no estado, e em particular na região metropolitana, onde há circulação de dois vírus, inclusive no município vizinho, Jaboatão dos Guararapes. Em 1997 foram notificados 139 casos até a 19ª Semana Epidemiológica.

Constata-se também no município a presença de focos de leishmaniose e esquistossomose constatados em vários trabalhos desenvolvidos pela antiga FSESP, atual FNS. No Posto de Saúde de Tapugi, localidade rural a cerca de 12 km da sede, registra-se 112 casos de acompanhamento para tratamento de leishmaniose tegumentar.

Destacamos, nesta análise espacial, a importância de estudos mais aprofundados que possibilitem a descrição mais real da forma de distribuição territorial de alguns problemas de saúde de alta relevância para a morbimortalidade, com destaque para: a mortalidade infantil, óbitos infantis por diarreia, os acidentes de trânsito, homicídios, esquistossomose, leishmaniose, dengue, hanseníase, tuberculose, meningite, acidentes de trabalho. A proposta inclui um tratamento rigoroso na reestruturação e mudança de concepção dos sistemas de informação, inclusive com introdução da tecnologia de georeferenciamento de dados estatísticos.

No enfoque **OCUPACIONAL** analisa-se a morbimortalidade determinada por situações do processo de trabalho. No município do Cabo, não se dispõe atualmente de dados precisos sobre esta situação. Entretanto, trata-se de uma questão

crítica pela própria conformação econômica do município, onde ocorre uma grande concentração de fábricas de diferentes produtos, expondo os trabalhadores ao contato com agentes químicos, físicos, e situações de stress. O único indicador disponível é o número de óbitos de causas externas, do qual os acidentes de trabalho estão incluídos.

Portanto, pode-se considerar o Cabo de Santo Agostinho como um município de médio porte, com uma imensa área rural onde predomina a atividade canavieira, além de possuir um parque industrial de relativa importância para o Estado e um potencial turístico em franco desenvolvimento. No entanto, apesar de possuir esses traços de desenvolvimento, o Cabo apresenta uma desigualdade social gritante, pois cerca de 70% dos chefes de família recebem de $\frac{1}{2}$ a 2 salários mínimos, o que caracteriza um estado de extrema pobreza. Também, em relação aos indicadores epidemiológicos, o município apresenta relacionados à saúde da criança, com alta taxa de mortalidade infantil (48/1000 em 1995), sendo que as principais causas de óbitos em menores de 1 ano são as afecções perinatais e as doenças infecto-parasitárias, que são atribuídas a uma baixa cobertura de pré-natal em gestantes, aliadas às precárias condições de vida de boa parte da população.

Além disso, o Cabo apresenta inúmeros problemas como alto índice de mortalidade por doenças cardiovasculares, por causas externas e doenças infecciosas e parasitárias. O câncer de colo uterino é um problema gravíssimo no município que apresenta uma alto índice de mortalidade por esta causa. A situação da AIDS também é muito preocupante, estando o município em quinto lugar no estado em número de casos notificados de 1983 a 1997.

A partir dessa realidade local, será feita uma descrição do processo de municipalização da saúde no Cabo de Santo Agostinho, tendo o Programa Saúde em Casa como estratégia para a reversão do modelo hegemônico predominante do município ao longo dos últimos anos.

3.2 Em Busca de um novo Conceito de Saúde

A descrição a seguir teve como fontes diversos documentos institucionais e avaliativos do município do Cabo de Santo Agostinho como o “Plano Municipal de Saúde”, o projeto “Programa Saúde em Casa: Saúde para todos”, o relatório final da III Conferência Municipal de Saúde, o documento “Desenvolvimento Institucional no Programa Saúde em Casa no município do Cabo de Santo Agostinho”, e o relatório do projeto de pesquisa “A operacionalização da idéia de responsabilidade do município pela gestão de saúde: a experiência do Cabo de Santo Agostinho”, coordenado pela pesquisadora Luci Praciano Lima. Além disso, foi fundamental a minha participação enquanto residente como observador participante do processo, através de reuniões, oficinas, elaboração e acompanhamento de projetos, entre outros, que possibilitaram o desenvolvimento de um senso crítico e um olhar acadêmico sobre o processo.

O Cabo passou por significativa mudança nas últimas eleições (1996). Integrante da chamada Frente Popular, a atual gestão municipal conta com um Prefeito pertencente ao PSB e o Vice-Prefeito dos quadros do PT. O secretariado tinha o caráter pluri-partidário, e para a Saúde foi convidado o Dr. Cláudio Duarte, médico sanitário, comprometido com as políticas públicas de saúde, que ao longo do processo se tornou atuante não só no plano Municipal, mas também no plano Estadual, como Presidente do COSEMS/PE, e no plano Federal, como Vice-Presidente do CONASEMS.

Cabe destacar a existência de um contexto favorável ao desenvolvimento do projeto de saúde no município, uma vez que a questão Saúde faz parte dos compromissos do governo municipal. Além da Saúde, fazem parte das prioridades de governo a cidadania e participação popular, emprego e renda, educação, qualidade de vida e meio ambiente.

O Cabo é um município marcado por contradições e conflitos entre grupos políticos. Problemas decorrentes da gestão anterior deixaram uma situação de grande sucateamento que, na saúde, se expressa em algumas unidades quase que totalmente desativadas, exigindo um grande esforço para sua recuperação.

Até o final de 1996, o município não se encontrava enquadrado em nenhuma condição de gestão, de acordo com o instrumento normativo então vigente,

atuando apenas como prestador de serviços do sistema. Desde o início da atual gestão, em 1997, procurou-se, do ponto de vista formal, a inserção do município em uma condição de gestão mais avançada, conforme os instrumentos orientadores do SUS. Portanto, existiu uma decisão política de tornar o município o gestor pleno da saúde no seu âmbito.

Essa decisão, que já era uma demanda histórica do Conselho Municipal de Saúde, foi considerado um aspecto essencial para possibilitar o município a ter um acesso integral as oportunidades que estão vinculadas a municipalização, bem como possibilitaria a construção e o desenvolvimento de vários componentes do Sistema Municipal de Saúde.

Como consequência desse processo, sua solicitação de habilitação foi aprovada em fevereiro de 1997 pela Bipartite e em março de 1997 pelo Conselho Estadual de Saúde. Entretanto, devido aos problemas decorrentes do atraso na implantação da NOB/96, a habilitação, para efeitos de financiamento, só ocorreu em março de 1998.

Durante o ano de 1997, apesar de não estar formalmente habilitado pelas instâncias deliberativas nacionais, a gestão municipal de saúde procurou reestruturar tecnicamente a Secretaria Municipal de Saúde, delineando suas ações, visando cumprir as exigências de habilitação da condição de gestão plena ao sistema municipal.

Um dos primeiros passos tomados foi a elaboração do Plano Municipal de Saúde, onde foi realizado um diagnóstico das condições de saúde do município, através de instrumentos e variáveis epidemiológicas, que permitiram a definição de estratégias, ações, os objetivos e as programações de execução. Seu objetivo geral era:

“Contribuir para a implementação das ações do Plano de Governo, que buscam melhorar a qualidade de vida, garantindo os direitos do cidadão através um novo modelo de desenvolvimento auto-sustentável, com justiça social apoiada por uma política de saúde coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”.

Para isso, tinha como objetivos específicos:

1. *“Ações específicas voltadas para atenção integral à saúde da criança.*
2. *Definição de estratégias específicas voltadas para o enfrentamento dos principais problemas de saúde das mulheres;*
3. *Reorganização do conjunto de ações voltadas para o controle e prevenção das causas mais comuns de morte e adoecimento: doenças cardiovasculares, causas externas e doenças infecciosas;*
- 4. *Ações voltadas para a Promoção à Saúde;*
- 5. *Aperfeiçoamento do efetivo controle social sobre a política municipal de saúde;*
6. *Constituição do Sistema Municipal de Vigilância à Saúde;*
7. *Estabelecimento de Plano de Modernização da Gestão Pública de Saúde;*
8. *Compromisso com o estabelecimento de uma nova forma de organização do trabalho em saúde;*
9. *Articulações de Ações voltadas para a Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Portadores de Deficiência e Saúde do Idoso”.*

Mais tarde, foi realizada uma oficina de planejamento com a equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde. Seguindo técnicas de planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, a oficina teve como principal produto a definição da missão institucional da Secretaria de Saúde:

“Construir um Sistema Municipal de Saúde capaz de garantir a todos os cidadãos o acesso às ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, dentro dos princípios da universalidade, equidade e controle social, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população”.

Para melhor cumprir essa missão, foram eleitas 6 (seis) prioridades estratégicas para a gestão municipal:

1- *“Mudanças do modelo assistencial de saúde, tendo como porta de entrada o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), e o PSF (Programa de Saúde da Família), e a melhoria da capacidade de atendimento especializado;*

2- Estruturação e modernização física e funcional da Secretaria de Saúde e da rede assistencial;

→ *3- Desenvolvimento e implantação de uma política de recursos humanos na Secretaria de Saúde;*

4- Garantir a conclusão do processo de municipalização plena da Saúde;

→ *5- Contribuir para a elevação do nível de consciência sanitária da população;*

→ *6- Estimular / Aprimorar a participação popular a nível de Conselhos de Saúde”.*

A partir daí, ficou definida como prioridade a adoção do Programa Saúde da Família como estratégia orientadora, visando a redefinição da atenção à saúde no município. A proposta formulada foi a substituição radical da Unidade Básica de Saúde por Unidade de Saúde da Família, que constituiria a “**porta de entrada universal**” para o sistema municipal (Lima,1998), exceto nos casos de urgências e emergências. Com isso, a expectativa criada foi tornar mais fácil e resolutivo o universo de ações básicas de saúde.

Essa estratégia tinha por finalidade realizar a reorganização de todos os componentes do sistema municipal de saúde, a partir da rede básica. A introdução do PSF implicaria na ampliação da função da rede básica, uma vez que seriam realizadas ações de vigilância à saúde e de promoção para a saúde, contando com um forte componente popular, mobilizado com o objetivo de gerar co-responsabilidades em relação as condições de saúde da comunidade, introduzindo o conceito de ambiente, e alertando sobre os agravos à saúde existentes na área.

Levou-se em consideração para a implantação de tal proposta, as condições objetivas oferecidas pelo município. A rede municipal em janeiro de 1997 era composta por quinze unidades básicas, três unidades hospitalares públicas e quatro unidades hospitalares privadas conveniadas ao SUS, estando distribuídas ao longo de todas as APAs. Portanto, o município, ao dispor de serviços de apoio diagnóstico e de assistência especializada, além de contar com unidades públicas e conveniadas para a assistência à maternidade, às urgências e emergências, internações nas clínicas básicas e

cirurgias, apresentava boas condições para a estruturação do seu Sistema Municipal de Saúde.

O que preocupava a gestão municipal de saúde era a existência de populações completamente descobertas, o que ocasionava numa cobertura populacional inadequada dos serviços de saúde.

O aumento da capacidade resolutiva das equipes do PSF era considerado um dos pontos chaves para a implantação do programa. Para isso, buscou-se a incorporação de pequenos procedimentos cirúrgicos na rotina da unidade, visando uma abordagem sintomática e realizando atendimentos domiciliares que trariam uma diminuição na busca desnecessária dos serviços de urgência e emergência, servindo assim para aumentar o grau de satisfação do usuário com o serviço oferecido.

Outro ponto que deve ser levado em consideração na implantação do PSF no Cabo, foi a decisão política de se modificar substancialmente as formas de contratação, organização e manutenção das equipes de saúde, priorizando uma remuneração justa que tenha como compromisso a qualidade, o acolhimento do usuário e sua família e a qualidade de vida da clientela adscrita.

Os profissionais contratados pelo PSF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), constituíram uma cooperativa, a COOPERCABO, que recebe recursos a cada mês e processa o pagamento de pessoal.

Os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) foram selecionados através de entrevista em que se avaliava se o perfil profissional era adequado com a filosofia do programa. Buscou-se, com isso, a captação de profissionais compromissados com a saúde pública, que tivessem disposição de trabalhar diretamente com a comunidade, atuando oito horas por dia, de manhã e de tarde, de segunda à sexta-feira(*).

Já no caso dos profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem) o processo de seleção foi o mesmo dos médicos, através de entrevistas. Muitos já faziam

(*) A remuneração estipulada para os médicos foi de R\$ 2.500,00, e para os enfermeiro R\$ 2.000,00. Posteriormente, a remuneração oferecida para os médicos subiu para R\$ 3.000,00, com a finalidade de se captar mais profissionais.

parte da rede pública e foram realocados para o quadro do PSF. Os Agentes Comunitários de Saúde foram contratados através de um processo de seleção que contava com prova escrita, redação e entrevista. O ACS deveria ser morador da comunidade em que se localizaria a unidade, e deveria ter noções de cidadania e mobilização popular, tendo também conhecimento do local em que vive, dos problemas e agravos à saúde provocados pelo ambiente, bem como demonstrar iniciativa e vontade de realizar as tarefas típicas de um ACS.

De acordo com o projeto “Programa Saúde em Casa: Saúde Para Todos” da Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, *“o Programa Saúde da Família promove a inclusão de grupos populacionais sem acesso ou com acesso reduzido aos serviços do SUS, realizando uma discriminação positiva, ampliando a cobertura do SUS para atingir grupos geopopulacionais geralmente submetidos a um maior risco de adoecimento e morte, relacionado com as precárias condições de vida que apresentam.”*

Foi com essa perspectiva que no dia 15 de maio de 1997 foi inaugurada a primeira equipe de saúde da família, na localidade do Alto Santa Rosa em Pontezinha. A unidade foi instalada numa casa alugada pela prefeitura, e reformada para servir como posto de saúde, sendo dotada de equipamentos como mesa para exames clínicos e ginecológicos, nebulizador, balanças, medicamentos básicos e para pequenas urgências, material educativo, material para pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, além de conter em sua estrutura sala de curativos, atendimento médico e de enfermagem, farmácia e recepção, garantindo assim condições básicas para se assegurar resolutividade ao atendimento. A equipe foi composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde, que cobriam uma área com cerca de 734 famílias, o equivalente a 2.936 pessoas.

De maio de 1997 a outubro de 1998 foram implantadas 25 equipes do Programa Saúde em Casa, correspondendo a um total de 23.427 famílias beneficiadas que representam cerca de 99.726 pessoas com cobertura pelo programa, ou seja, cerca de 70% da população total do município, sendo que nos distritos de Ponte dos Carvalhos e Pontezinha o programa atingiu 100% da população coberta.

O Programa Saúde em Casa, em outubro de 1998, possuía um total de 217 profissionais de saúde envolvidos, sendo 150 Agentes Comunitários de Saúde. Por mês são realizadas cerca de 10.000 consultas médicas e de enfermagem, e aproximadamente 24.000 visitas domiciliares.

Em outubro de 1998, as principais atividades do Programa Saúde em Casa eram as seguintes:

- *“atendimento a mulher: prevenção do câncer de colo uterino, exame preventivo da mama, pré-natal, planejamento familiar, tratamento ginecológico;*
- *“atendimento às crianças: tratamento das doenças da criança, acompanhamento das crianças normais, nebulizações, vacinações, orientação sobre nebulização;*
- *“atendimento do idoso: grupos de terceira idade;*
- *“atendimento dos hipertensos e diabéticos: grupos de caminhada, círculos de convivência;*
- *“atendimento de adultos;*
- *“atendimento de adolescentes: prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, educação para a saúde reprodutiva e planejamento familiar.*

Essas atividades proporcionaram, segundo conclusão da equipe gestora, a ocorrência de *“mudanças no modelo de atenção no Sistema Municipal de Saúde, com melhoria do acesso do cliente à unidade, acolhimento e satisfação dos usuários nos serviços de saúde”*. De acordo com o Sistema de Informações em Saúde, em outubro de 1998 os seguintes resultados foram registrados:

- *“redução da taxa de mortalidade infantil em 27% no ano de 1997, ou seja, 43 crianças deixaram de morrer em relação ao ano anterior;*
- *“redução de 53% dos atendimentos de urgências e emergências no Hospital Mendo Sampaio e Pronto Atendimento 24 horas (out/97 – out/98);*
- *“redução de 68% nas internações por diarreia, em menores de 1 ano (jan./set. 1996 – jan./set. 1998);*
- *“redução de 72% das internações por pneumonia, em menores de 1 ano (jan./set. 1996 – jan./set. 1998);*

- *“a cobertura vacinal nas crianças menores de 1 ano é de 93,7%;*
- *“o aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses é de 47,13%;*
- *“as mulheres tem cobertura de pré-natal de 95%;*
- *“o percentual de hipertensos acompanhados mensalmente é de 66%;*
- *“o percentual de diabéticos acompanhados mensalmente é de 72%.*

Cabe agora realizar uma discussão sobre os elementos que compõem a estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde a partir da reorganização da rede básica através do PSF.

A NOB 96, como instrumento operacional do sistema, possibilitou o avanço do município como gestor de saúde, na medida que melhor definiu seu papel, bem como possibilitou uma melhor política de financiamento do SUS. Apesar das críticas de Bueno e Merhy (1997) que colocam que a NOB 96 *“fere o princípio de autonomia do município enquanto gestor único do sistema à nível local, impedindo ou pelo menos induzindo os programas prioritários, não definidos nos fóruns deliberativos locais de controle social”*, no caso do Cabo, como a questão do Saúde da Família já fazia parte do compromisso de governo durante a campanha eleitoral, a habilitação na condição de gestão mais avançada (plena do sistema de saúde) possibilitou um maior aproveitamento dos incentivos financeiros que iriam viabilizar o projeto que se colocava na pauta do gestor. Além disso, a participação do Conselho Municipal de Saúde, reativado em março de 1997, funcionando com reuniões mensais ordinárias, bem como a realização da III Conferência Municipal de Saúde em março de 1998, são indicativos de que o controle social está sendo exercido. Verifica-se também um interesse do gestor municipal em estimular a constituição dos Conselhos Populares de Saúde e dos Conselhos Gestores das unidades.

Portanto, dentre os fatores que contribuíram para a estratégia do PSF ser um indutor de mudanças está a determinação da gestão municipal em colocar a questão saúde como prioridade administrativa. Também a capacidade de articulação do gestor de saúde para captar recursos para a implantação de diversos projetos na área de saúde pode ser considerado como um ponto a favor que contribui com a estratégia proposta. A NOB 96 também atua, nesse caso, como facilitador para essa estratégia, pois incentiva a implantação de unidades de saúde da família.

A realidade local do Cabo também contribui para essa proposta. O Cabo possui uma razoável rede hospitalar contando com hospitais públicos e particulares, bem como algumas unidades básicas espalhadas em quase todo o município, que embora sucateadas e até mesmo desativadas, são indicativos de que o município tem um potencial muito grande para desenvolvimento de seu sistema municipal de saúde.

Outro ponto a ser considerado é que na população do Cabo, cerca de 70% dos chefes de família recebem de $\frac{1}{2}$ a 2 salários mínimos, e é justamente essa fatia da população que o Programa Saúde em Casa visa impactar, na medida em que coloca que é preciso tratar “desigualmente os desiguais”, oferecendo às comunidades mais carentes um serviço de alta qualidade e resolutividade.

Dentre as dificuldades para a implantação do programa está a questão de como políticos e administradores se colocam em relação a este discurso, e como este se mostra no cotidiano social. O pagamento de salários compatíveis com as atribuições do PSF, visando valorizar o profissional, pode gerar um certo conflito dentro dos serviços, na medida que o funcionalismo público vive com o salário defasado, a muito tempo sem reajuste. No Cabo, a aposta foi dada no “inchamento” da cooperativa de saúde que, além de pagar os salários dos profissionais do Programa Saúde em Casa, ficou responsável pela incorporação de outros profissionais tidos como estratégicos para a continuidade do projeto. Isso ocorria pois o município, ao passar para uma gestão mais avançada necessitava de profissionais mais capacitados para a execução dos serviços, gerando na contratação de profissionais para suprir essa carência.

Quanto às expectativas do setor privado complementar ao SUS, que poderia gerar uma resistência inicial ao programa, ele se mostrou, a princípio, pouco interessado na proposta, por talvez considerá-la como uma estratégia para se oferecer serviços de saúde para grupos populacionais carentes. Mas com a continuidade do processo algumas resistências começam a apontar na medida em que alguns leitos hospitalares de pediatria começam a ser esvaziados, mostrando a tendência que o Programa Saúde em Casa possui de induzir a uma reprogramação do atendimento hospitalar.

A estruturação do Sistema de Informações em Saúde municipal possibilitou que sejam disponibilizados dados que são importantes para o planejamento

em saúde, se adequando a nova filosofia de trabalho proposta pelo novo modelo de atenção, em que se trabalha como população adscrita, com forte elemento familiar e contando com o instrumental da vigilância à saúde como mecanismo a ser utilizado, auxiliando na prevenção e promoção à saúde.

Estruturar um eficiente sistema de referência e contra-referência se torna uma questão prioritária para que o modelo seja implantado. A reforma das unidades hospitalares municipais possibilitou a existência de fluxos ascendentes e descendentes dentro do próprio município em algumas especialidades básicas, como cardiologia, ortopedia, ginecologia, etc.

A tecnologia de comunicação é um aspecto considerado pela gestão como suporte estruturador de mudanças. A instalação de rádios nas unidades do Saúde em Casa possibilita o diálogo que favorece a construção de um sistema de referência e contra-referência, possibilitando uma maior resolutividade na atenção dispensada. Além disso, a implantação da central de marcação de consultas feitas através de rádio a partir das unidades do Saúde em Casa possibilita o estabelecimento de vínculos entre a população e a unidade, gerando um fluxo dentro do sistema, ideal para se trabalhar um sistema de referência e contra-referência.

Dentre as várias demandas sociais pleiteadas pelas comunidades estava a necessidade do município contar com ambulâncias para remover, a qualquer hora do dia ou da noite, pacientes para os serviços de saúde. A solução encontrada foi a instalação nas ambulâncias de rádios que pudessem estruturar uma central de ambulâncias a qual, através das equipes do Saúde em Casa, das unidades hospitalares e até mesmo por telefone, acionaria a ambulância que se encontrasse em local mais próximo da ocorrência para realizar a remoção. É evidente que o impacto com o pleno funcionamento dessa central trará a gestão é grande, uma vez que, para o usuário, a remoção para unidades de saúde em caso de emergência tem um significado importante na medida em que ele se encontra seguro e confiante que terá atendimento pelo sistema de saúde em qualquer situação mais grave.

A introdução de equipes de acolhimento na urgências e emergências, segundo a proposta de sua implantação, *“objetiva não só assegurar um atendimento diferenciado nesse nível, mas também rearticular essas demandas com as unidades de*

saúde da família”. Daí que a contribuição dada na reorientação do modelo passa pela questão de que a emergência é considerada uma das “portas de entrada” mais importantes do sistema, pois é naquela que o usuário se encontra mais seguro de que será prontamente atendido (Cecílio, 1997). A atuação das equipes de acolhimento possibilita atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantido acesso universal diferenciado. Pode-se assim, entre outras coisas, agendar para o paciente uma consulta na unidade do Saúde em Casa ao qual se encontra vinculado, para que tenha um melhor acompanhamento e assim possa utilizar da tecnologia oferecida pela rede básica para resolver o seu problema. Com isso desafoga-se as emergências que podem assim oferecer sua tecnologia da maneira correta ao paciente que realmente necessita dela.

A questão do desenvolvimento institucional e de recursos humanos no Programa Saúde em Casa é um ponto fundamental para a concretização da mudança no modelo de atenção à saúde do Cabo. Visa a constituição de “um novo trabalhador em saúde”, tendo com objetivo “*capacitar o profissional de saúde do PSF e PACS para aquisição de um patamar mínimo de competência técnica e política que lhe possibilite prestar assistência à saúde de boa qualidade, desenvolver uma relação humanizada entre serviço de saúde e população, e desempenhar um papel ativo na constituição de novas práticas sanitárias*”. (PMCSA – Agosto, 1998)

Com isso, monta-se uma estratégia para desenvolver um projeto de capacitação para os profissionais das equipes do Saúde em Casa, que se baseia na articulação com parceiros institucionais para o aperfeiçoamento científico, definição dos instrumentos tecnológicos, e busca de planejamento e avaliação sistemáticas da proposta. Contribui-se assim para a modificação do processo de trabalho dos profissionais do Saúde em Casa, ampliando a relação do mesmo com os usuários, constituindo assim “*uma nova forma de se gerir o processo institucional*”.

Além disso, a articulação com o gestor estadual, matriculando equipes do Saúde em Casa no Curso de Especialização em Saúde da Família, além de fornecer a oportunidade de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, quebrando com o paradigma alicerçado no âmbito universitário, serve também para referendar o papel Estadual no processo de capacitação de Recursos Humanos para o PSF, atribuição dada pelo Ministério da Saúde.

Um dos pontos que podem representar problemas para o projeto está quando se compara a questão da adscrição com universalidade. Dentro do próprio município existem áreas sem cobertura do Saúde em Casa, nas quais as pessoas que procuram o serviço são atendidas, mais não é dada solução de continuidade do tratamento.

A proposta do programa Saúde em Casa é de que 100% da população do município seja coberta pelo programa. Após 2 anos, 70% da população está coberta, sendo que os distritos de Pontezinha e Ponte dos Carvalhos apresentam 100% de sua população coberta.

A questão que se coloca é que, enquanto 100% da população não for coberta pelo programa, não se pode dizer que exista universalidade com adscrição, na medida em que se observam pessoas sem vínculo com unidades de Saúde em Casa, tendo que forçar a entrada no sistema através dos pronto-socorros, dos ambulatórios hospitalares e de unidades do Saúde em Casa.

Enquanto isso, a estratégia do PACS, que já existia antes da chegada do PSF, cumpre um papel importante principalmente na zona rural, levando saúde a populações com acesso reduzido ao sistema.

Volta e meia as equipes se deparam com algumas situações em que pessoas, provenientes de outros municípios, querem ter acesso a serviços de saúde a partir do Saúde em Casa. O Cabo, por ser um município de porte médio com uma boa estrutura de serviços de saúde, serve de ponto de referência para as populações de municípios vizinhos. Com o Cabo oferecendo saúde de boa qualidade aos seus cidadãos, é quase certa a vinda de pessoas querendo ter o mesmo acesso, o que poderá gerar uma demanda crescente por pronto atendimento, transformando a unidade do Saúde em Casa em um simples posto de saúde, quebrando assim com a filosofia do programa.

De acordo com relatos de algumas equipes do Programa Saúde em Casa, uma outra situação excepcional acontece. Quando uma Unidade de Saúde da Família se instala numa localidade em que a população tem pouco ou nenhum acesso à serviços de saúde, ocorre o crescimento da demanda por atendimento médico. Esse fenômeno, a princípio, pode ocasionar numa desvirtualização da verdadeira função da unidade de

Saúde da Família, na medida em que prejudica a vigilância à saúde e o trabalho em equipe multiprofissional em detrimento do atendimento clínico individualizado. A expectativa é que essa demanda se estabilize com o tempo, dando espaço para se trabalhar com o coletivo, em grupos de convivência, sem deixar de lado o atendimento clínico.

Outro fenômeno observado é o crescimento da demanda para especialidades através da porta de entrada gerada pela implantação de equipes de saúde da família. Apesar da unidade ter um certo grau de resolutividade, é necessário uma retaguarda hospitalar em que possam ser realizados fluxos de referência e contra-referência entre eles e as unidades de saúde da família.

No Cabo, essa questão está bem explicitada na medida que o município possui uma rede hospitalar mediana, contando não apenas com unidades próprias (hospital, maternidade, ambulatório de especialidades), como também com unidades privadas de caráter complementar e rede de apoio diagnóstico.

Sem essa retaguarda, o programa saúde da família corre o risco de se tornar apenas um posto de saúde com certo grau de resolutividade, mas com baixo poder de promover integralidade nas ações e serviços de saúde à população, servindo para desacreditar o serviço oferecido perante a sociedade.

É importante frisar o papel que o Saúde em Casa tem na concepção de assistência a saúde da mulher, na questão da saúde mental e nas doenças sexualmente transmissíveis.

Em relação ao campo da saúde da mulher, a articulação das unidades do Saúde em Casa com a maternidade pública municipal pode apresentar uma série de vantagens em prol do usuário. Com o pré-natal de baixo risco realizado na unidade do Saúde em Casa, pode-se assegurar a retaguarda hospitalar na maternidade para o parto. Isso possibilitará um maior controle dos gastos com esse tipo de assistência, bem como diminuirá sensivelmente os casos de óbitos infantis e maternos. Além disso, com as unidades realizando exames de câncer de colo de útero, aumenta-se a detecção precoce de casos, possibilitando o tratamento e a diminuição do quadro de mortalidade por essa doença.

A questão da desospitalização e humanização do tratamento do doente mental é tema de diversos debates a alguns anos. A criação da Estação Cidadania (NAPS) surge com a finalidade de promover a inserção na sociedade de pessoas com distúrbios mentais, servindo para desestigmatizar esse problema. Com a articulação com o Saúde em Casa, pode-se identificar os pacientes, e tratá-los dentro de uma série de procedimentos que o levem a socialização. Para isso também, a equipe da Estação Cidadania realiza capacitação de profissionais do Saúde em Casa para lidarem com esse paciente, podendo obter o máximo de sucesso no tratamento que deve ser realizado no próprio ambiente familiar do paciente.

Sobre a questão das doenças sexualmente transmissíveis, a criação do Centro Herbert de Souza (COAS) tem como objetivo ser um centro de educação e esclarecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, realizando inclusive o teste de HIV. Com a articulação com as unidades do Saúde em Casa, poderão ser dadas palestras e informações para grupos de adolescentes e adultos, bem como ser realizada a identificação de soropositivos na área de abrangência da unidade do Saúde em Casa, podendo-se realizar o tratamento mais próximo de sua residência, servindo assim para melhorar sua qualidade de vida.

Cabe agora discutir como a proposta do saúde em casa se coloca em relação ao modelo proposto. Ao induzir à reorientação do modelo de atenção à saúde, o Programa Saúde em Casa se impõe como principal “porta de entrada” para o sistema municipal de saúde, participando como a base da pirâmide em que é visualizada o modelo de atenção à saúde. A proposta de **substituição radical da unidade básica de saúde por unidade de Saúde em Casa** visa a formação de um cinturão que cubra 100% da população do município, fato que, aliado a reestruturação das unidades hospitalares de referência e da existência de um serviço de apoio diagnóstico, sinaliza a existência de fluxos de referência e contra-referência dentro do sistema, ou seja, torna o sistema municipal hierarquizado visando a integralidade no atendimento ao cidadão.

Deve ficar claro que a intenção da Gestão Municipal de Saúde é de que as Unidades do Saúde em Casa se tornem a **“porta de entrada universal para o sistema de saúde, exceto nos casos de emergências”**. No entanto, durante o processo de implantação dessa estratégia, o que se visualiza é que as Unidades do Saúde em Casa constituem principal porta de entrada para o Sistema. Isso se deve, principalmente, ao

fato de que nem toda a população do município está cadastrada no Programa, e se encontra forçando sua entrada por outras portas de entrada (emergências e ambulatórios). Portanto, a decisão de se criar uma porta de entrada “universal” na rede básica deve ser tomada com cuidado para que não se dificulte ainda mais o acesso de usuários ao sistema. Também, ao se realizar marcação de consultas especializadas através de uma central, deve-se tomar cuidado para que isso não se torne um dificultador no acesso do usuário aos serviços de saúde, se for exigida a marcação pela unidade de saúde de referência.

O Programa Saúde em Casa, como principal “porta de entrada” para o sistema municipal, tem tendência a funcionar bem dentro dessa proposta pois, ao conhecer ao se instalar no seio da comunidade, contando ainda com a participação do Agente Comunitário de Saúde como profissional de saúde e intermediador entre a equipe e a comunidade, pode ter um certo grau de reconhecimento pela população, além da proximidade como a comunidade ser um facilitador de acesso. Mas até certo ponto parece difícil de se conceber que o Programa Saúde em Casa cubra 100% da população. Para as pessoas que não são cobertas pelo Programa, que alternativas são dadas? E para as pessoas provenientes de outros municípios? Corre-se o risco de se quebrar com a idéia da universalidade de atendimento ao cidadão se for conduzido a um fechamento das unidades a essa fatia da população, fazendo que seja forçada a entrada por outra porta de entrada, a emergência.

Em relação à outra porta de entrada, as emergências, a estratégia de se implantar equipes de acolhimento reforça a idéia do vínculo do cidadão com as unidades de Saúde em Casa, bem como serve para garantir o atendimento universal a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde. Pode, assim, a unidade de emergência funcionar disponibilizando sua tecnologia para as pessoas que realmente necessitam dela. No entanto, um estudo mais aprofundado sobre os efeitos que a equipe de acolhimento provoca precisa ser realizado, para que se possa observar com mais clareza sua utilidade no sistema municipal de saúde.

Cabe a colocação de que o Programa Saúde em Casa é uma experiência nova, que com menos de 2 anos conseguiu atingir cerca de 70% da população. Nesse período, a necessidade de abertura de postos, garantindo um certo grau de resolutividade mediante a incorporação de tecnologia, a busca de profissionais que se encaixem no

perfil exigido pelo Programa, o que incluiu a seleção e a capacitação de profissionais de saúde, e a reestruturação da rede hospitalar, foram as grandes atribuições da Secretaria de Saúde.

Um dos grandes desafios do Programa Saúde em Casa é transformá-lo de um projeto pessoal do gestor para um projeto coletivo. Toda mudança, principalmente deste nível, inicialmente gera uma certa resistência por parte de profissionais acostumados com a prática liberal-privatista de se conduzir a saúde no Brasil. E essa resistência, se tomada de forma radical, pode se tornar um grande dificultador para que o projeto tenha o respaldo suficiente para progredir, correndo o risco de ser mal compreendido, ocasionando na sua não completa implantação.

Essa questão, que foi levantada durante a I Oficina de Avaliação e Planejamento do Programa Saúde em Casa, realizada em novembro de 1998, talvez, seja uma das questões que precisam ser melhor trabalhadas nos próximos anos, para que o projeto tenha um maior alcance no seio da sociedade cabense.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a leitura dos documentos institucionais da Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, é clara a pretensão da gestão municipal de saúde em promover a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da ação do PACS e do PSF como porta de entrada para o sistema, além de promover a melhoria da capacidade de atendimento especializado. A substituição radical da unidade básica de saúde pela unidade de saúde da família da maneira proposta pela gestão municipal, ampliou a função da rede básica ao incorporar ações de vigilância e promoção à saúde.

Todavia, num primeiro momento, a secretaria de saúde priorizou a implantação de unidades do Programa Saúde em Casa em áreas de grande carência e com a população sem acesso ou com acesso reduzido aos serviços de saúde, bem como buscou atender os pleitos das comunidades que solicitaram a implantação de unidades contando com o financiamento do orçamento participativo.

Esta posição, que serve para referendar todo o processo, oferecendo serviços de saúde a grupos populacionais carentes, bem como valoriza os princípios do controle social, pode, por outro lado, ser confundido como estratégia para atender objetivos restritos, fornecendo uma “cesta básica” de serviços de saúde à populações carentes.

Cabe ainda colocar que o principal impacto nos primeiros 2 anos de implantação do programa saúde em casa se deu principalmente em grupos populacionais considerados de risco (crianças e mulheres). A redução na mortalidade infantil, a redução nas internações por diarreia e pneumonia em menores de 1 ano, além do aumento da cobertura vacinal em crianças e do pré-natal são indicadores que comprovam essa afirmação. No entanto, isso não é suficiente pois inúmeros programas destinados a sobrevivência de grupos de risco que concentram recursos em tecnologias de alto impacto e baixo custo podem, a princípio, apresentar a mesma tendência de queda nos indicadores.

Portanto, o curto espaço de tempo em que o Programa Saúde em Casa foi implantado e o aparecimento de indicadores favoráveis não pode ser tomado como único indicativo de que o programa segue o caminho certo. A construção de outros

indicadores de avaliação, aliada a uma supervisão qualitativa das unidades tornam-se necessários para um melhor acompanhamento do processo de construção do projeto.

O presente estudo cumpre com a tarefa de descrever os processos desencadeados na busca de uma reversão no modelo de atenção à saúde, de cunho liberal privatista, que ao longo dos anos vem inviabilizando a plena efetivação da política SUS. À experiência descrita, cabe uma análise mais aprofundada de seus processos, com a finalidade de se delinear com mais exatidão, se realmente está ocorrendo uma inversão nesse modelo. Para isso, algumas perguntas surgem como fruto desse trabalho:

- *De que maneira ocorre a reprogramação do atendimento hospitalar?*
- *Qual o grau de resolutividade das unidades do Saúde em Casa?*
- *Como se dão os fluxos (referência e contra-referência) dentro os Sistema Municipal de Saúde?*
- *Como se apresentam as relações entre as estratégias do PACS e do PSF, dentro do município?*
- *Quais as alternativas que se mostram viáveis para se superar a questão da formação acadêmica dos profissionais que atuam no PSF?*
- *Qual a relação da comunidade com o programa, e vice – versa?*
- *Qual o impacto provocado pelas equipes de acolhimento nas emergências?*

Responder a estas perguntas, entre outras, é um desafio que se coloca com o objetivo de **TORNAR O SUS UM PROJETO COLETIVO PARA ALÉM DO ÂMBITO DA SAÚDE.**

“Valeu a pena? Tudo vale a pena quando a alma não é pequena”.

Fernando Pessoa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde – Norma Operacional Básica do SUS 01/96.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial.** – Brasília – 1998.

BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias – **Os Equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** *In:* Conferência Nacional de Saúde On-Line, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza – **Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para debate.** *In* Planejamento sem Normas . São Paulo: HUCITEC, 1989.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. – **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** - 2ª Edição – Ed. Hucitec. São Paulo, 1997.

CEBES. **Setor Saúde da Região Sudeste realizou Encontro.** *In:* Saúde em Debate, nº 7/8, 5-7, abr/mai/jun, 1978.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira – **Inventando a mudança na saúde.** *In* Saúde em debate – série didática. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira – **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** *In* Cadernos de Saúde Pública – 13 (3): 469-478 – Rio de Janeiro – jul./set., 1997.

CORDEIRO, Hésio – **O PSF Como Estratégia de Mudança no Modelo Tecno Assistencial do SUS.** *In:* Cadernos de Saúde da Família, Ano I, nº 1 – Janeiro/Junho de 1996.

CONASEMS – **A Carta de Olinda.** Saúde em Debate, nº 21: 33-34, jun. 1988.

- FADUL, Wilson. – **Minha Política Nacional de Saúde.** Saúde em Debate, nº 7/8: 67-76, abr-mai-jun, 1978.
- GUEDES, Juliana P. – **Orçamento Participativo na Saúde: Enfoque local do município do Cabo de Santo Agostinho.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Estudos em Saúde Coletiva – NESC/IAM/FIOCRUZ. Recife, 1998.
- HEIMANN, Luiza Sterman *et all.* – **A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: Uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas.** *In:* Conferência Nacional de Saúde on-line – Junho, 1998.
- JORGE, Elias – **Economia.** *In:* Jornal do Conasems, Ano III, nº 38 – Dezembro/Janeiro de 1998.
- LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neide G. – **Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado.** *In:* Cadernos de Saúde da Família, Ano I, nº 1 – Janeiro/Junho de 1996.
- LIMA, Luci Praciano (coord.) - **A Operacionalização da Idéia de Responsabilidade do Município pela Gestão de Saúde: A Experiência do Cabo de Santo Agostinho.** Relatório de atividades. Dezembro, 1998.
- MENDES, Eugênio Vilaça. – **Uma Agenda Para a Saúde.** – Ed. Hucitec - São Paulo, 1996.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *et all.* – **Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 3ª Edição – Ed. Hucitec Abrasco - São Paulo, 1995.
- MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) – **Agir em Saúde: um desafio para o público.** Ed. Hucitec – São Paulo, 1997.

- NETO, Júlio S. – **Políticas de Saúde no Brasil: A descentralização e seus atores.** Saúde em Debate, nº 31: 54-66, mar. 1991.
- OLIVEIRA, Jaime A.; TEIXEIRA, Sônia M. – **(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Coleção Saúde e Realidade Brasileira, 2ª Edição – Ed. Vozes, 1985.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO. Secretaria de Saúde – **III Conferência Municipal de Saúde: Relatório final.** Março, 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO. Secretaria de Saúde – **Desenvolvimento Institucional no Programa Saúde em Casa no Município do Cabo de Santo Agostinho: Uma proposta em discussão.** Agosto, 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO. Secretaria de Saúde – **Perfil Epidemiológico.** Maio, 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO. Secretaria de Saúde – **Plano Municipal de Saúde.** Janeiro, 1997.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO. Secretaria de Saúde – **Programa Saúde em Casa: Saúde para Todos.** Maio – 1997.
- PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO. Secretaria de Saúde – **Projeto de Capacitação da equipe do Programa Saúde em Casa.** Setembro – 1998.
- SCOTTI, Ricardo F. – **Para Entender a NOB – 96.** – DOU, 06/12/1996.
- SILVA JR., Aluísio G. – **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: O debate no campo da saúde coletiva.** Tese de doutorado – ENSP/FIOCRUZ. – Rio de Janeiro, 1996.
- TEMPORÃO, José Gomes – **Globalização: A Saúde e a Nova Ordem.** In: Jornal do CRM, Ano X, nº 85 – Setembro de 1997.