

Programa Médico de Família de Niterói (RJ): uma alternativa urbana do Programa Saúde da Família¹

Niterói's Family Doctor Program: an urban alternative of the Family Health Program

Mirian Miranda Cohen²

RESUMO

A autora discute o processo de implementação de política no Sistema Único de Saúde (SUS) em Niterói, que tem como marco a implantação do Programa Médico de Família (PMF) em 1992, apresentando-o como uma alternativa urbana ao Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde. São analisadas as dificuldades de integralidade da atenção no sistema de saúde local, destacando-se os riscos inerentes ao fato do PMF se constituir em uma experiência de flexibilização de gestão de serviços de saúde, onde já existe uma ampla rede instalada. Reflete ainda, a coerência da metodologia introduzida pelo PSF e o seu objetivo de (re)orientação do modelo assistencial, confrontando as propostas de abordagem familiar do Ministério da Saúde e de Niterói.

DESCRITORES: *Cuidados Primários de Saúde; Descentralização; Programa Saúde da Família; Serviços Básicos de Saúde.*

Recebido em 10/11/01
Aprovado em 28/05/02

¹ Este artigo reúne pontos apresentados na dissertação de mestrado de Miriam M. Cohen defendida na Escola Nacional de Saúde Pública em janeiro de 2001

² Zootecnista, sanitarista, especialista em desenvolvimento e gerência de unidade básica de saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, especialista em educação e saúde pública pela Universidade Federal Fluminense (UFF), mestre em saúde pública pela Subárea Políticas Públicas e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Rua Setenta e Seis, Qd. 214, Lt 24
CEP 24342-420 – Niterói – RJ
e-mail: mcohen@gbl.com.br

ABSTRACT

The author discusses the process of policy implementation in Niterói's Health Care System, marked by the implementation of the Family Doctor Program (FDP) in 1992, as an urban alternative to the Ministry of Health's National Family Health Program (FHP). The difficulties of integral assistance in the local health system are analyzed, highlighting the risks associated to FDP, since it is expected to institute flexibility in health services management, where a wide network is already installed. This study also reflects the coherence in methodology as introduced by the FDP and its purpose in reorienting the assistance model. The author also contrasts the family approach proposals of both the FDP and the FHP.

DESCRIPTORS: *Primary Health Care; Decentralization; Family Health Program; Basic Health Services.*

INTRODUÇÃO

Este artigo traz ao debate a discussão premente de como consolidar o Programa Saúde da Família nas grandes cidades, onde já existe um sistema de saúde estruturado com um extenso número de unidades de saúde em funcionamento.

Através da proposta de Niterói, uma das mais antigas experiências de abordagem familiar como modelo assistencial em sistema de saúde no Brasil, busca demonstrar a possibilidade de implementação desta estratégia em área urbana.

Ressalta, ainda, a importância da descentralização como provocadora de ações inovadoras e para a configuração de um sistema único, capaz de permitir a expressão das diversidades regionais na atenção à saúde no Brasil.

Assim, a partir de estudo de caso, este trabalho relaciona descentralização e configuração do modelo assistencial e apresenta o município como espaço privilegiado de formulação e implementação de política.

No contexto da proposta de Atenção Básica à Saúde estabeleceu-se estudo comparativo entre o Programa Médico de Família (PMF) de Niterói e o Programa Saúde da Família (PSF), subsidiado por entrevistas com as coordenações nacional, estadual e municipal deste Programa, pela análise documental, acompanhada de revisão bibliográfica, e de entrevistas com atores do Siste-

ma Único de Saúde (SUS) – local, sendo privilegiado os depoimentos de atores envolvidos diretamente no processo de formulação de política.

A importância do tema evidencia-se ao se constatar que os municípios ao assumirem a gestão semiplena de saúde, conforme a Norma Operacional Básica – 93 (NOB SUS/93), obtiveram melhor desempenho, e puderam ampliar suas ações para a melhoria das condições de saúde da população (LUCCHESI, 1995).

COMO CONSOLIDAR O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS GRANDES CIDADES, ONDE JÁ EXISTE UM SISTEMA DE SAÚDE ESTRUTURADO COM UM EXTENSO NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE EM FUNCIONAMENTO

Cabe ressaltar que o sistema de saúde em Niterói tem como eixo o Programa Médico de Família, aqui compreendido, como alternativa ao Programa Saúde da Família, proposta incorporada como fundamental pelo governo brasileiro para consolidação das diretrizes e princípios do SUS.

Assim, este estudo justifica-se também pelo fato de o PSF ter maior penetração nas áreas rurais e nas periferias das cidades, tornando a

análise comparativa com o PMF de Niterói relevante, no momento em que se discute a adequação urbana da estratégia de Saúde da Família e sua viabilidade para orientar o Modelo Assistencial.

O MODELO ASSISTENCIAL NO SUS – NITERÓI: PMF COMO REORIENTADOR DO SISTEMA

O Modelo Assistencial é aqui interpretado a partir “dos arranjos políticos entre atores sociais com graus diferenciados de incorporação de demandas no processo de formulação de políticas” (SENNA, 1995), expressos no perfil de ofertas de serviços de saúde e refletidos na organização do processo de trabalho.

O termo descentralização, já bastante debatido na literatura sobre o Sistema Único de Saúde tem, neste trabalho, seu espectro tanto na discussão acerca do processo de regionalização e municipalização, como na definição de território-área para execução das ações de saúde segundo o conceito de Vigilância em Saúde, ou seja, descentralização como estratégia de maior aproximação com a comunidade.

O governo municipal de Niterói, em 1989, dá início à implantação efetiva do SUS direcionada para os princípios básicos de universalidade, acesso, integralidade e equidade. É iniciado o processo de transferência para o município das unidades federais e estaduais, além dos serviços de vigilância sanitária e epidemiológica.

O processo acelerado de municipalização através da incorporação de novas unidades reforça a necessidade de revisão das bases do Modelo Assistencial local, somado ao fato de Niterói vivenciar situações emergenciais como: uma epidemia de dengue hemorrágica (1989/1990) e uma incidência elevada de casos de meningite meningocócica (1990).

Devido aos resultados alcançados com a implantação do modelo Médico de Família em Cuba, o município vai buscar inspiração naquele país. Assim, iniciaram-se estudos com vistas à aplicabilidade do modelo em Niterói, contando com a colaboração do Ministério de Saúde Pública Cubano. A partir de 1991, o Secretário de Saúde estruturou uma equipe para estudar as adequações necessárias a fim de formular um projeto piloto.

Neste modelo considera-se a família como núcleo central da atenção. Os indivíduos e suas condições de moradia, trabalho, alimentação, educação e lazer entre outras, interação com uma equipe de profissionais orientados ao diagnóstico de situações que afetem o seu bem-estar, compartilhando responsabilidades no encaminhamento das soluções para cada caso detectado.

Na proposta metodológica do PMF está presente a intenção de construção de prática interdisciplinar, baseada no Modelo de Vigilância em Saúde, estruturada em três patamares básicos: território, vínculo entre

serviço, profissional e comunidade e a intersetorialidade.

Assim, o PMF se insere no Sistema de Saúde local de forma a completar a rede já existente, sendo implantado em áreas diagnosticadas como de risco social e epidemiológico, cuja população não estava coberta por serviços de saúde.

Não houve intervenção direta na rede convencional com a introdução do PMF, pois as Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes foram manti-

O PMF SE INSERE NO
SISTEMA DE SAÚDE LOCAL DE
FORMA A COMPLETAR A REDE JÁ
EXISTENTE, SENDO IMPLANTADO
EM ÁREAS DIAGNOSTICADAS COMO
DE RISCO SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO

das com suas próprias rotinas. O Sistema de Saúde em Niterói passou a conviver com diferentes propostas de modelo assistencial na atenção básica, tendo UBS trabalhando por demanda espontânea em um território-área definido e Módulos do PMF com base em população adscrita.

É constantemente afirmado pela equipe gestora do PMF o papel 'provocador de mudanças' que este induz à rede convencional, impulsionando, a partir de sua prática,

um novo rearranjo no Sistema de Saúde local.

Na verdade, são percebidas mudanças organizacionais na estrutura da prestação de serviços de Saúde após a implantação do PMF (1992), mas este fato não se dá isoladamente, sendo difícil medir seu impacto sobre a estrutura da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

Um forte demarcador de mudanças na rede de assistência à saúde de Niterói é, sem dúvida, o processo de municipalização. Se em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde tinha sob sua gestão treze postos de saúde e dois serviços de pronto atendimento (SPA), em 1995 passa a gerir uma rede complexa, composta por módulos do PMF, Unidades Básicas de Saúde, PAM/Centro de Saúde, SPA, Sub-Postos de Saúde, Hospitais, Laboratórios, Centro de Controle de Zoonoses e Centro de Tecnologia de Alimentos, denotando uma ampla mudança estrutural num curto espaço de tempo.

O desenho institucional do SUS em Niterói foi bastante ampliado em um curto espaço de tempo. A ausência de amadurecimento no processo de descentralização trouxe sérias conseqüências ao desenvolvimento do Modelo Assistencial, sobretudo as dificuldades relativas à forma de pagamento, ainda por produção no início da municipalização, e a falta de regularidade no repasse dessa verba de custeio pelo Ministério da Saúde.

É após o período de 1995, quando o Município é habilitado à gestão semi-plena de saúde, que realmente se evidencia modificação na configuração da rede de saúde, havendo maior investimento direto na Atenção Básica. Foram estruturadas as Policlínicas de Especialidades e Comunitárias e a Central de Marcação de Consultas e Exames. São fortalecidos os princípios de Hierarquização e Integralidade das ações a partir de uma nova forma de organização da Rede de Serviços de Saúde.

A análise das receitas da FMS, conforme o Quadro 1, revela o comprometimento das fontes referidas com a saúde e ressalta o incremento financeiro após 1995, quando o município passa a ter maior autonomia, com o repasse financeiro fundo a fundo do Ministério da Saúde (MS).

Conforme observa-se no Quadro 2, não houve impacto direto do incremento da descentralização financeira no processo de expansão do PMF, visto este ser financiado prioritariamente pela Fonte 00 (recursos oriundos da receita municipal).

Entretanto, a habilitação à gestão semi-plena possibilitou o maior investimento na rede, impulsionando a concretização do modelo e causando impacto na relação entre os dois projetos. Estes tinham como fonte de tensão o que deno-

QUADRO 1 – Evolução do dispêndio global na saúde de Niterói por fonte de recursos, 1991-2000

Ano	Tesouro Municipal R\$ (Fonte 00)	SUS (Federal) R\$	Outros ² R\$	Total R\$
1991	2.888.378,78 28,09%	7.313.642,53 71,11%	82.308,38 0,80%	10.284.329,69 100,00%
1992	4.621.209,27 40,21%	6.779.754,96 59,00%	90.534,14 0,79%	11.491.498,37 100,00%
1993	4.521.880,00 44,84%	5.123.544,00 50,80%	439.527,00 4,36%	10.084.951,00 100,00%
1994	10.696.884,00 55,48%	8.059.609,00 41,80%	523.474,00 2,72%	19.279.967,00 100,00%
1995	22.126.117,31 42,52%	29.385.246,06 56,46%	530.750,29 1,02%	52.042.113,66 100,00%
1996	25.926.086,51 36,20%	45.293.816,82 63,25%	390.383,10 0,55%	71.610.286,43 100,00%
1997	27.887.618,40 34,64%	51.801.426,42 64,34%	825.597,86 1,02%	80.514.642,68 100,00%
1998	33.783.020,15 35,00%	59.034.838,58 62,00%	1.145.593,00 3,00%	93.963.451,73 100,00%
1999	31.671.522,87 35,00%	56.531.409,20 63,00%	927.460,66 2,00%	89.130.392,73 100,00%
2000	33.372.628,78 (39,03%)	50.640.558,84 (59,21%)	1.508.946,69 (1,76%)	85.522.134,31 (100,00%)

Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Niterói – Ano 2000.

QUADRO 2 – Evolução de abertura dos módulos do PMF – extensão de cobertura, 1992-2000

	Nº MÓDULOS NOVOS	SUBTOTAL MÓDULOS	NOVAS EQUIPES	SUBTOTAL EQUIPES	POP. COBERTA (ACUMULADO)
1992	3	3	12	12	10.640
1993	2	5	7	19	17.519
1994	4	9	16	35	35.218
1995	1	10	3	38	37.876
1996	1	11	2	40	39.832
1997	2	13	3	43	43.155
1998	—	13	—	43	43.155
1999	3	16	13	56	56.000
2000*	2	18	8	64	64.000*

Fonte: PMF – Niterói. * Dados sujeitos à revisão.

² Fonte 09 (Vigilância Sanitária), Convênios etc.

minou-se "ciúme institucional", pelo fato de a rede convencional sentir-se preterida frente às melhores condições de trabalho no PMF. Não só em relação aos melhores salários dos seus servidores, mas pelo fato de o seu financiamento direto, pela Fonte 00, não ter sofrido impacto da recessão financeira que atingiu as demais Unidades de Saúde, causado pela descontinuidade no repasse de verba pela União, na fase inicial do processo de municipalização.

Importa afirmar que, desde sua formulação, o PMF tem se relacionado hierarquicamente com a rede de saúde através do sistema de referência e contra-referência mantendo, entretanto, estrutura autônoma de gerência.

O PMF configura-se em uma experiência de flexibilização de gestão no setor público, e isto seria um risco à sua integração ao sistema de saúde local, pois: "...uma questão básica é como manter a autonomia dessas Unidades e, simultaneamente assegurar sua vinculação ao resto do sistema, para efeito de planejamento, prioridades e estabelecimentos de esquemas ágeis de referência e contra-referência" (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 1997. p. 85).

Realmente, há dificuldades de integração entre o PMF e a Rede convencional para efeito de planejamento e de eleição de prioridades, mas não são diferentes, por exem-

plo, das existentes entre a Rede ambulatorial e a hospitalar e na relação do setor público e o privado, entre outros.

A análise do material empírico demonstrou, porém, que foi possível assegurar a vinculação do PMF ao resto do Sistema, principalmente ao serviço de referência e contra-referência. Isso se deveu, principalmente, a dois fatores:

- a existência de uma gestão única para o PMF e a Rede convencional;

O PMF CONFIGURA-SE
EM UMA EXPERIÊNCIA DE
FLEXIBILIZAÇÃO DE GESTÃO
NO SETOR PÚBLICO, E ISTO SERIA
UM RISCO À SUA INTEGRAÇÃO AO
SISTEMA DE SAÚDE LOCAL

- a centralização financeira na FMS, ficando o Programa limitado à gestão da verba de custeio.

Pode-se afirmar também que a duradoura coalizão política em Niterói (desde 1989), foi capaz de ocupar o governo e permitir a sua continuidade, o que favoreceu a permanência da equipe gestora da Saúde por longo período (cerca de 12 anos), sem alterações significativas de seus quadros. E essa continuidade certamente facilitou a integralidade da

atenção e a implementação do Modelo Assistencial.

Mas há que considerar-se a ampla rede de atendimento de urgência que serve como porta de entrada complementar ao Sistema. E em Niterói, a exemplo das cidades complexas, esta é uma questão a ser observada ao se implantar Módulos de Médico de Família como porta de entrada prioritária do Sistema, pois existe uma cultura de Saúde fortemente hospitalocêntrica, ou seja, centrada em seu papel curativo. A Unidade Básica precisa ser legitimada pela população para que possa haver a vinculação dos usuários aos serviços.

O que se percebe em Niterói é a existência de dois modelos em constante tensão, onde os atores de cada proposta configuram diversas alianças situacionais e rupturas momentâneas em torno de interesses, estabelecendo momentos de pactuação e de conflitos.

A proposta do PMF é direcionada prioritariamente a 70 comunidades com pouca ou nenhuma infra-estrutura sanitária e compostas por famílias com renda inferior a dez salários mínimos, em sua grande maioria, definidas em um trabalho interinstitucional coordenado pela Prefeitura Municipal de Niterói, em 1992, denominado Diagnóstico Ambiental.

Estas comunidades representam cerca de 30% da população total do município, o que corresponde a

aproximadamente 138.000 habitantes e compõe a chamada 'cidade informal', apontada, naquele documento, como parte da cidade que cresceu sem o planejamento formal, não recebendo adequada atenção das políticas sociais ao longo dos anos.

Trata-se, portanto, de um programa destinado explicitamente àqueles segmentos populacionais mais vulneráveis e com uma história de dificuldades de acessar os serviços de saúde. O PMF constitui-se numa estratégia de discriminação positiva no interior de um sistema universalizado como o SUS.

Considerando-se que o PMF venha realmente a cobrir 30% da população, a rede convencional mesmo assim estará respondendo pelos 70% restantes, não podendo deixar de ser prioridade na estratégia municipal de reorientação de modelo. Ela precisa ser pensada e repensada na sua forma de atuar, incorporando na prática princípios metodologicamente estimulados no PMF e que são estratégicos na concretização das diretrizes do SUS, como: integralidade das ações, dedicação integral, institucionalização do espaço de capacitação profissional, acolhimento, vinculação e responsabilidade sanitária.

Persistem dificuldades no processo de integração entre o PMF e a rede convencional, mas avanços significativos foram obtidos, sendo apontados os seguintes fatores facilitadores:

- vontade política da gestão local;

- maior investimento na Rede convencional, principalmente com a criação das policlínicas e da central de marcação de consultas e exames;

- reconhecimento do trabalho desenvolvido pelas equipes do PMF pelo restante da rede;

- investimento na capacitação de todos os chefes de Unidades de Saúde;

- adoção do PSF pelo Ministério da Saúde como proposta para

O PMF CONSTITUI-SE
 NUMA ESTRATÉGIA DE
 DISCRIMINAÇÃO POSITIVA
 NO INTERIOR DE UM SISTEMA
 UNIVERSALIZADO COMO O SUS

Atenção Básica de Saúde, a partir de 1994.

Espera-se que, superando a abordagem tradicional baseada no atendimento individual através de demanda espontânea, a Unidade de Saúde passe a atender indivíduos, famílias e comunidades, buscando a integralidade das ações.

Muitas dificuldades são apontadas pelas UBS para que possam avançar na prática de Vigilância em Saúde,

estabelecendo vínculo com a população, a partir do processo de adscrição. Entre os problemas levantados estão os relativos à ausência de equiparação salarial no setor, inexistência de profissionais com horário integral, alocação deficitária de recursos na Unidade, o amplo território sob sua responsabilidade e, sobretudo, à ausência de uma equipe de saúde pública instituída formalmente para o trabalho extramuros.

A inserção das Unidades Básicas de Saúde, dos Módulos do PMF e das Policlínicas Comunitárias no cenário regional aponta para uma estratégia de intervenção que privilegie o núcleo familiar, prioritariamente as famílias vulneráveis, identificando problemas, quer sejam situações estabelecidas ou apresentadas como fatores de risco, e gerando ações assistenciais conjuntas que englobem um ou mais segmentos institucionais de acordo com cada caso específico e que estimulem a participação popular.

O trabalho deve ser estimulado a partir da supervisão regional, que é o elemento articulador, buscando integrar as diversas ações de saúde da região, assessorando as Unidades e socializando as informações entre as instâncias da Atenção Básica Municipal. Entretanto, existe verdadeiro descompasso entre a política formulada e a sua implementação, expresso na dificuldade de se consolidar uma diretriz de Integralidade no Sistema.

Cabe ressaltar que o êxito do PMF junto à população fez com que este fosse mais respeitado pela rede, que passou a compreender e reproduzir sua metodologia. Logicamente que o reconhecimento externo do PMF com várias premiações, também contribuiu neste sentido.

Outro aspecto importante foi o programa ter se configurado como referência nacional para o desenvolvimento de estratégias que visam a reorganização dos Sistemas Locais de Saúde. A participação nas discussões, nos mais diversos níveis, faz parte de amplo debate acerca das necessária adequação a uma efetiva política de descentralização, com uma filosofia de construção de cidades saudáveis e, inclusive, de preparação de recursos humanos voltados para esta nova realidade que se configura no SUS.

PMF E PSF: DIVERGÊNCIAS E SINGULARIDADES

Enquanto proposta alternativa para reorientação do Modelo Assistencial, o PMF é compreendido como uma das traduções do PSF no Brasil, apresentando-se como concorrente em relação ao Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde, pois apesar de terem uma aproximação estratégica, guardam diferenças metodológicas fundamentais.

Em esquema comparativo entre PSF e PMF, evidenciam-se alguns pontos de maior conflito, nos quais destacam-se o parâmetro de cober-

tura, a composição de equipe e o caráter de cada programa. Há que se ressaltar as divergências em relação à equipe de supervisão, que no PMF é ponto metodológico fundamental, sendo a primeira referência da equipe básica, com importante papel formador.

Percebe-se que, assim como a proposta de Niterói, o PSF aponta como diretrizes as adotadas pelo SUS (integralidade, descentralização e hierarquização do sistema), visan-

EM ESQUEMA COMPARATIVO ENTRE
PSF E PMF, EVIDENCIAM-SE ALGUNS
PONTOS DE MAIOR CONFLITO, NOS QUAIS
DESTACAM-SE O PARÂMETRO DE COBERTURA,
A COMPOSIÇÃO DE EQUIPE E O CARÁTER
DE CADA PROGRAMA

do configurar-se em alternativa para viabilização dos preceitos constitucionais que regem a prestação de serviços de saúde no Brasil.

Ponto comum em suas origens é a forte pressão existente por mudanças na organização de serviços de Saúde. Propõe-se, então, a ser uma estratégia de reorientação do Modelo Assistencial, segundo as diretrizes e princípios do SUS, e não um Programa vertical paralelo ao sistema.

Em termos dos pressupostos que orientam o Modelo, o PSF não difere muito da proposta implantada por Niterói. Estão presentes em ambas os conceitos-chave de vigilância em Saúde, territorialidade, adscrição de clientela, vínculo, responsabilidade sanitária, acesso e participação popular. As diferenças entre as propostas estão na discriminação dos passos metodológicos para sua implementação e na ênfase dada à organização do processo de trabalho.

O PMF, implantado em setembro de 1992, impulsionado pela crescente demanda por maior resolutividade no setor saúde, contribuiu junto com outras experiências locais e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para adoção do PSF em janeiro de 1994 pelo Ministério da Saúde.

A estratégia federal pretende alcançar toda a população, mesmo a residente em áreas já cobertas por Unidades de Saúde, enquanto que a proposta de Niterói é de ser complementar à Rede, abrangendo a população descoberta pelo Sistema.

Apesar de sutil, a diferença básica de princípios explicita-se na definição do caráter substitutivo do PSF, em contraposição ao caráter complementar do PMF. O Ministério da Saúde aposta na substituição das práticas no setor saúde a partir da determinação de uma nova metodologia às Unidades existentes e o PMF acredita numa

substituição pactuada construída na explicitação do embate entre os paradigmas *flexnerianos* do modelo tradicional e os de Vigilância em Saúde associada à clínica ampliada, presentes na proposta de medicina familiar.

Ao se colocar como complemento no Sistema, o PMF não entra na Rede substituindo Unidades por Módulos ou reduzindo equipes, mas pretende, a partir do seu Modelo, introduzir novos conceitos capazes de transformar as práticas na produção de Serviços de Saúde.

Enquanto no PMF a transformação de UBS em Módulo Médico de Família é consequência deste processo e não uma de suas diretrizes, no PSF a transformação de UBS em Unidade de Saúde de Família é considerada uma importante diretriz para que o Programa cumpra sua estratégia de reorientação do Modelo Assistencial.

Conforme depoimento de sua coordenação nacional, "o PSF sobrevive em meio a tantas diversidades porque trabalha com metas ousadas", segundo as estipuladas para 2002: de 1.200 municípios conveniados com 6.000 equipes implantadas no ano de 2000 para 4.000 municípios e 20.000 equipes em 2002.

Entretanto, não basta ser um Programa em ampla expansão que permite o acesso da população excluída nos serviços de saúde, precisa resolver como se propõe a cerca de 85% dos problemas de saúde da população adscrita e cumprir

seu objetivo de (re) orientação do Modelo Assistencial.

Mas, observa-se a maior presença do PSF na região Nordeste, onde encontra-se aproximadamente 45% do total de equipes e 22% da sua população coberta.

Apesar de pretender ser substitutivo das práticas nas Unidades de Saúde existentes, o PSF tem sido comumente introduzido em áreas desprovidas de equipamentos sociais. Assim, é questionado sobre seu

NÃO BASTA SER UM
PROGRAMA EM AMPLA
EXPANSÃO QUE PERMITE
O ACESSO DA POPULAÇÃO
EXCLUÍDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

aspecto seletivo, por estar sendo prioritariamente dirigido às camadas desfavorecidas da sociedade, como estratégia de extensão de cobertura à população anteriormente excluída, pelo que sugerem estar ferindo a diretriz de universalização do sistema.

O PSF, talvez por ter sua origem no PACS, acompanha-o em relação à distribuição no território nacional, com maior inserção na área rural. Nas grandes cidades, ultima-

mente, tem havido maior adesão à proposta de saúde da família, mas esta vem se desenvolvendo ainda periféricamente, sem conseguir atingir as capitais. Entretanto, começa a existir maior aproximação do PSF às áreas urbanas, principalmente após a introdução dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação permanente para o pessoal de Saúde da Família, que visa aproximar Universidade e Serviço e induz algumas experiências concretas a partir da academia.

Esta aproximação tem acirrado o debate acerca da necessidade de adequação do PSF às áreas urbanas. Para compreensão desta dicotomia (rural X urbano) a partir do PSF, é necessário considerar a existência de grande número de UBS em funcionamento nas áreas urbanas e as dificuldades de alocação de recursos humanos qualificados em determinadas regiões, sobretudo nas cidades afastadas das capitais.

Por não conseguir atrair esses profissionais, principalmente o médico, para as áreas rurais, o PSF tem como alternativa a utilização do ACS e do auxiliar de enfermagem na ponta, atendendo à população, enquanto os demais são mantidos no consultório, na retaguarda, recebendo os casos 'mais graves'.

O PSF preconiza uma equipe básica composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde a cada 1.000/ 1.200 famílias,

sendo que o enfermeiro da equipe assume papel de supervisor do ACS.

A proposta de Niterói compreende uma equipe básica composta por médico generalista e auxiliar de enfermagem, para cada 250 a 280 famílias, complementada por uma equipe de supervisão com clínico, pediatra, gineco-obstetra, sanitária e assistente social na proporção de uma equipe de supervisão para aproximadamente 15 equipes básicas e dois supervisores gerais, um na área de cirurgia e outro na área de dermatologia.

Nestas dimensões, observa-se que, na proposta de Niterói, o médico e o auxiliar de enfermagem possuem menor parcela da população sob sua responsabilidade, enquanto que no PSF esta menor proporção é somente para o ACS.

O papel proposto pelo Ministério da Saúde para o ACS na equipe do PSF é de elo entre os membros da equipe e a comunidade, estabelecendo contato permanente com as famílias. Isto facilita o trabalho de vigilância à saúde e de promoção da mesma, sendo o laço cultural que favorece o melhor desempenho no trabalho educativo.

No PMF, o papel a ser desempenhado pelo ACS cabe à Associação de Moradores (AM) que, como co-gestora do Programa, participa efeti-

vamente da proposta. A Associação de Moradores é um importante elo de aproximação das equipes com a comunidade, juntamente com a auxiliar de enfermagem, que tem como requisito para contratação ser moradora do local e participar da estratégia de facilitação do vínculo entre equipe/serviço e usuário. A participação ativa da Associação de Moradores, legalmente constituída, é um dos pré-requisitos para implantação do PMF em uma comunidade.

A ASSOCIAÇÃO DE MORADORES É UM
IMPORTANTE ELO DE APROXIMAÇÃO DAS
EQUIPES COM A COMUNIDADE, JUNTAMENTE
COM A AUXILIAR DE ENFERMAGEM,
QUE TEM COMO REQUISITO PARA
CONTRATAÇÃO SER MORADORA DO LOCAL

O médico tem na sua atribuição a responsabilidade de desenvolver atividades de campo³, em 50% da sua carga horária diária, de forma planejada. Executa entre outras atividades, visitas domiciliares (VD), de orientação e mesmo de intervenção clínica, estando na frente do processo, quando acredita-se esta-

rá modificando sua prática e valores a partir da interação direta com a população e com a equipe multiprofissional (supervisão), sob nova ótica relacional.

O trabalho de campo para o médico, supervisionado por equipe multiprofissional, possibilita a adoção de uma nova postura profissional de abordagem dos problemas de saúde.

Esta discussão remete ao ponto divergente entre as duas propostas: a cobertura populacional das equipes de Saúde da Família. Para o cumprimento de um amplo elenco de atividades fundamentais à implementação da estratégia de saúde da família, a equipe básica precisa ter bem dimensionado o tempo necessário a ser despendido em ações assistenciais individuais e em ações coletivas de caráter curativo, preventivo e de promoção à saúde, considerando a carga horária de trabalho e o quantitativo populacional a ser coberto.

As equipes operacionais do PMF, que têm menor população adscrita que as equipes do PSF, referem-se às dificuldades em absorver toda a demanda sem prejuízo do cumprimento do objetivo de seu trabalho, necessitando do apoio das Policlínicas Comunitárias para atender parte da demanda espontânea de sua área.

Com o universo populacional ampliado, proposto pelo PSF, torna-se

³ Geralmente, na prática, o campo abrange não só as VDs, mas também o trabalho administrativo, como o preenchimento de impressos e discussões gerenciais entre a equipe, as atividades de grupos específicos por agravos à saúde (hipertensão, diabetes etc.) e outros (idosos, mulheres, puericultura, gestantes, adolescentes grávidas etc.)

muito difícil a realização de trabalhos de campo e de consultório, principalmente ao profissional médico, que passa a ter o seu tempo despendido em atividades assistenciais individuais ou em grupo. Falta disponibilidade para atividades junto à comunidade que possibilitem a aproximação do profissional com a população.

Conclui-se pela impossibilidade de implementação da metodologia definida quando se somam as atribuições previstas para Equipes de Saúde da Família (ESF), como o desenvolvimento de programas previstos pelo MS para os grupos prioritários (crianças, adolescentes, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos etc.), o conhecimento da comunidade, o estabelecimento de vínculo com a população, consultas à pacientes sem condições de locomoção e ações de promoção da saúde, onde são identificados agravos evitáveis à saúde e propõe-se intervenções baseadas no contexto do indivíduo, considerando as relações familiares e os laços de vizinhança.

O PSF corre grave risco ao manter a sua proposta de cobertura populacional, pois deste modo estará limitando as ações dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde à família (ESF) e superdimensionando o papel do agente comunitário de saúde, que tem como requisito principal, em sua qualificação, ser morador.

O PSF, ao se apresentar como proposta reorientadora das práticas nos serviços de saúde, não pode centrar suas ações nas observações e ações dos agentes comunitários de saúde. Precisa envolver toda a sua equipe a fim de que, interagindo sobre outra realidade, possam refletir e transformar não só o ambiente no qual se inserem, mas a si mesmos como profissionais e cidadãos.

Há também que se destacar o fato de que o MS não prevê para o

A EQUIPE DE SUPERVISÃO
É ESSENCIAL NO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO DESSA ESTRATÉGIA,
VISTO QUE CUMPRE IMPORTANTE
PAPEL FORMADOR EM SERVIÇO

PSF uma equipe multiprofissional de suporte técnico-metodológico. Esta equipe de supervisão tem um papel de capacitação, gerência e execução de ações de saúde, dividindo com a equipe básica a amplitude de suas atribuições.

A equipe de supervisão é essencial no processo de implementação dessa estratégia, visto que cumpre importante papel formador em serviço. Complementa a prática profissional da equipe básica com habili-

dades anteriormente não desenvolvidas por dificuldades de formação e apoia tecnicamente o profissional médico nas especialidades básicas, assim como fortalece a prática clínica da enfermagem.

Este é um processo em construção, no qual se tenta avançar metodologicamente, haja visto que o PSF iniciou com uma proposta de cobertura de aproximadamente 5.000 habitantes por equipe e que, atualmente, determina uma cobertura de 2.400 a 4.500 pessoas por ESF. Este fato demonstra uma revisão do parâmetro, apesar de manter ainda um grande universo, numa distância de quase 100% entre o máximo e o mínimo 'permitido'.

Não se pode perder de vista que o PSF é uma estratégia que busca qualificar a porta de entrada do sistema, vincular a população aos serviços, captar a demanda historicamente reprimida e identificar mais precocemente os riscos e agravos à saúde da população.

CONCLUSÃO

O processo de descentralização, sobretudo financeira, possibilitou ao Município de Niterói maior autonomia a partir de 1995 quando habilitou-se à gestão semiplena, permitindo melhores condições para a implementação de sua Política de Saúde.

A rapidez do processo de descentralização da Saúde em Niterói e as conseqüentes mudanças em seu or-

ganograma, não significaram um rompimento com a estrutura anterior e constituíram o novo desenho institucional a partir de sua velha configuração. Esta foi uma grande dificuldade na implementação da nova estratégia proposta ao setor saúde, sobretudo no que se refere à integralidade das ações.

Assim, as dificuldades de integração no SUS em Niterói, não são específicas da relação entre o PMF e a rede convencional, muito menos da modalidade de gestão adotada pelo Programa (co-gestão com Associação de Moradores). E são encontradas na relação entre a rede ambulatorial e a rede hospitalar, o setor público e o setor privado, o nível central e a 'ponta' e nos obstáculos às ações intra e inter-setoriais.

Essas dificuldades de integração no Sistema de Saúde são fatores de grande relevância a serem considerados ao se implantar o PSF em área urbana, onde há ampla oferta de serviços de saúde. Esta proposta não pode ser construída isoladamente, deve sim servir como estratégia incrementadora do SUS.

Cabe ressaltar que, em virtude de sua distribuição pelo território nacional, principalmente em áreas rurais e nas periferias das cidades, o PSF tem sido apontado por alguns como uma política de saúde focalizadora, distante da diretriz de universalização do SUS. O PMF também recebe esta crítica por seu modelo de implantação que prioriza a

população sem cobertura por serviços de saúde, porém, ao aplicar o conceito de discriminação positiva e de área de risco, o PSF e o PMF, como uma de suas traduções, enfatizam, justamente, a população pobre, historicamente excluída do Sistema de Saúde Brasileiro.

A adoção do programa Saúde da Família no Brasil reafirma a necessidade de ações especiais para as populações mais pobres. Constitui-se em prática focalizada dentro da

PARA O ÊXITO DA PROPOSTA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA É
FUNDAMENTAL A REVISÃO DO
PARÂMETRO DE COBERTURA DE
FAMÍLIAS POR EQUIPE,
MUITO ELEVADO

política universalista, sem cumprir rigorosamente a agenda reformista proposta pelos organismos financiadores internacionais para a saúde. Demonstra assim, que uma proposta focalizadora pode ser incluída e universalista.

Entretanto, verificou-se que a amplitude da cobertura populacional proposta pelo PSF não possibilita o cumprimento do papel esperado pelos profissionais, principalmente o médico, que continua como his-

toricamente experienciado na retaguarda da equipe, protegido pelos demais profissionais, e por isto mesmo figura central do Modelo. Para o êxito da proposta de Saúde da Família é fundamental a revisão do parâmetro de cobertura de famílias por equipe, muito elevado, pois a dimensão da população a ser coberta por profissional nestas comunidades acarreta uma necessária preocupação quantitativa por parte da equipe básica, em detrimento da qualidade do serviço prestado e dificulta a essencial interação entre profissional e usuário, considerada como um dos pressupostos da reorientação do Modelo Assistencial.

O Programa Saúde da Família, ao apresentar-se como capaz de estimular a implementação do SUS, e de reorientar o Modelo Assistencial, é fortemente difundido no país e recebe diferentes traduções no nível local.

Assim, esta pesquisa discute o PSF como estratégia para (re)organização dos Serviços de Saúde, para substituir as práticas tradicionais, mas alerta sobre os riscos de se instituir uma estratégia nacional para reorientação do Modelo Assistencial e propõe, ainda, revisão metodológica da estratégia de Saúde da Família, que permita não só a flexibilidade em sua implantação, mas possibilite a sua ampla difusão em área urbana, com o propósito de garantir sua viabilidade como incrementadora do SUS.

O PMF, em Niterói, se apresenta como alternativa urbana ao PSF, devido ao seu potencial agregador das estruturas já existentes. O que não significa que este deve ser o modelo a ser aplicado em todo território nacional, pois o que pode garantir o êxito à proposta de saúde da família enquanto estratégia de reorientação do Modelo Assistencial é a possibilidade de esta receber diversas traduções, adequando-se às diferentes verdades regionais.

O mérito do PSF reside em sua capacidade de promover a Atenção Básica como prioridade de governo. Reforça a concepção do Serviço de Saúde como público e estatal. Resta saber se a inversão de prioridade, com maior investimento na Atenção Básica, representa, ou não, a (re) orientação do Modelo Assistencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Dayse Santos de. *A 'Saúde da Família' no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?* 1998. 164f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.
- ANDRADE, Francisca Maria de. *O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Fortaleza, CE: [s.n.], 1998.
- BARROS, Elizabeth. *O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde*. Brasília, DF: DPS/IPEA, 2000.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BODSTEIN, Regina C. de Andrade. Inovações na análise de políticas no campo da Saúde. In: COSTA, Nilson do; RIBEIRO, José Mendes (Org.). *Política de Saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996, p. 157-172.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.
- COHEN, Mirian Miranda. *O modelo assistencial no SUS Niterói: conflito e pactuação política no processo de integração do Programa Médico de Família*. 2001. 293f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *O Brasil na virada do milênio*. Ministério do Planejamento e Orçamento. Brasília, DF: IPEA, 1997.
- LIMA, Pedro Gilberto A. de et al. *O Programa Médico de Família: histórico e perspectivas*. Niterói, RJ: Fundação Municipal de Saúde, 1999.
- LUCCHESI, Patrícia Tavares R. *Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995*. *Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília, DF, n. 14, p. 75-152. dez. 1996.
- NITERÓI (RJ). Prefeitura. *Programa Médico de Família Niterói – RJ: desenvolvimento de um plano de trabalho FMS*. Niterói, RJ: Fundação Municipal de Saúde, 1998.
- NITERÓI (RJ). Prefeitura. *Programa Médico de Família Niterói: memorial do Programa Médico de Família*. Niterói, RJ: Fundação Municipal de Saúde, 1999.
- SENNA, Mônica de Castro Maia. *Municipalização e controle social: o programa Médico de Família em Niterói (1992-1994)*. 1995. 126f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.
- SILVA JÚNIOR, Aloisio Gomes. *Modelos tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1998.