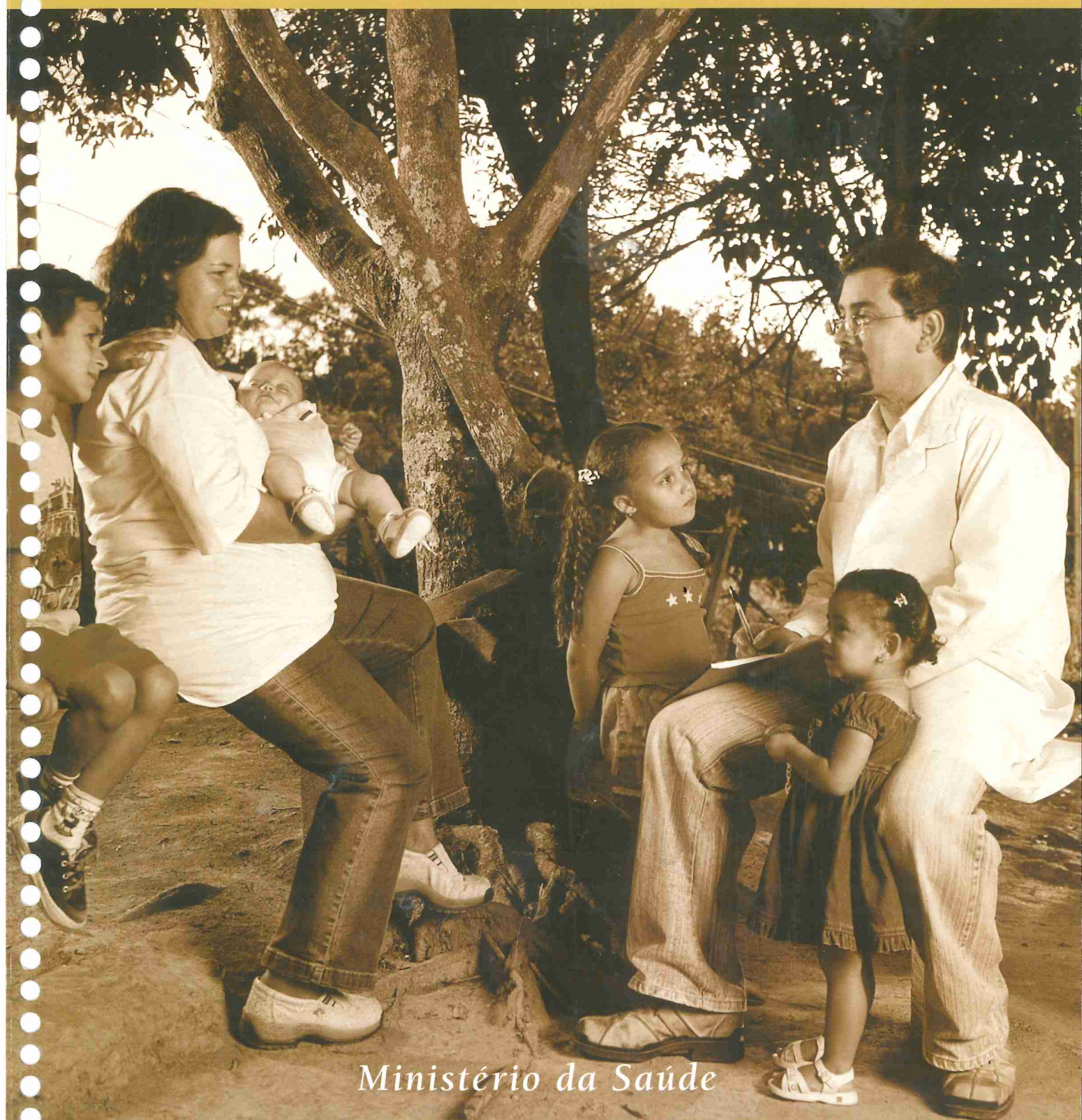


*Revista
Brasileira de*

SAÚDE DA FAMÍLIA

Edição Especial / 2004



Ministério da Saúde

EXPEDIENTE

© 1999. Ministério da Saúde.

Revista Brasileira de Saúde da Família

ISSN 1518-2355

Ano V, Número 7, Edição especial e retroativa

Janeiro 2003 a Abril 2004

Tiragem: 30.000 exemplares

Periodicidade: semestral

Os artigos publicados são da responsabilidade exclusiva de seus autores.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 6º andar, sala 659

CEP: 70.058-900 - DF

Tels.:(61)315 2542 / 315 2562

E-mail: psf@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br

Editora responsável:

Karina Barros Calife Batista

Jornalista responsável:

Camilla Sá Freire (Reg. Prof. 5003/14/DF)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Revista Brasileira de Saúde da Família / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999-

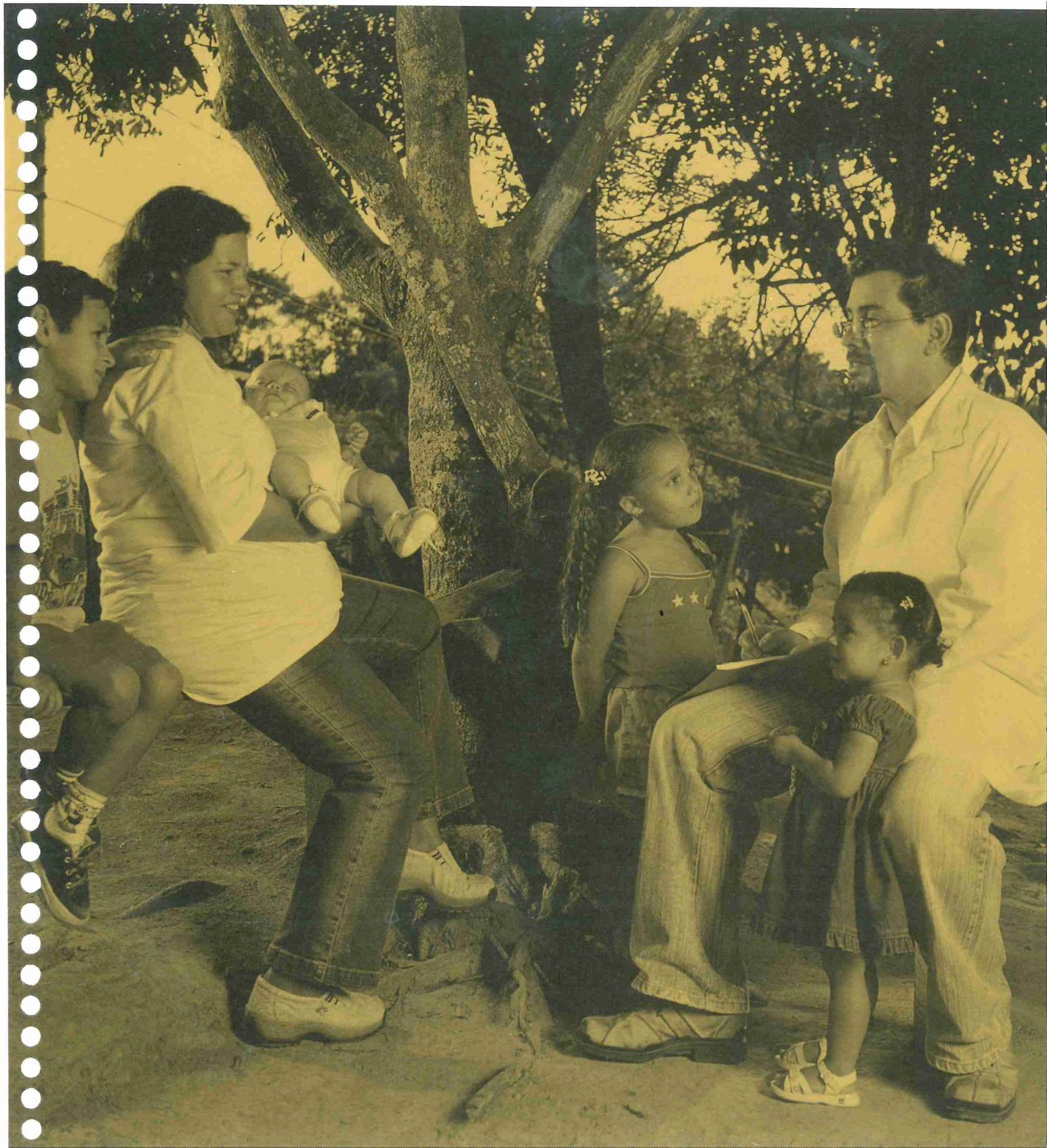
Ano V, n. 7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004.

Semestral

ISSN 1518-2355

1. Saúde da família. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título.

NLM WA 308



SUMÁRIO

EDITORIAL

4

MATÉRIA

Organizando o SUS a partir do PSF

7

Matéria com o Dr. Jorge Solla

ARTIGOS

Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS

Carmen Fontes Teixeira

10

Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes

Eronildo Felisberto

24

Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou?

Regina Maria Giffoni Marsiglia

30

O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde

Anna Maria Chiesa e Lislaine Aparecida Fraccolli

42

PSF: Promovendo Saúde Bucal

Marco Antônio Manfredini

50

Saúde da Família, Violência e Cultura da Paz

Luiz Odorico Monteiro de Andrade e Rose Marie Inojosa

55

A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001-2003

Paulo Elias, Aylene Bousquat, Eunice Nakamura e Amélia Cohn

62

De olho no financiamento da Atenção Básica e no Programa Saúde da Família (PSF)

Áquilas Mendes e Rosa Maria Marques

72

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Maria Luíza Jaeguer, Ricardo Burg Ceccin e Maria Helena Machado

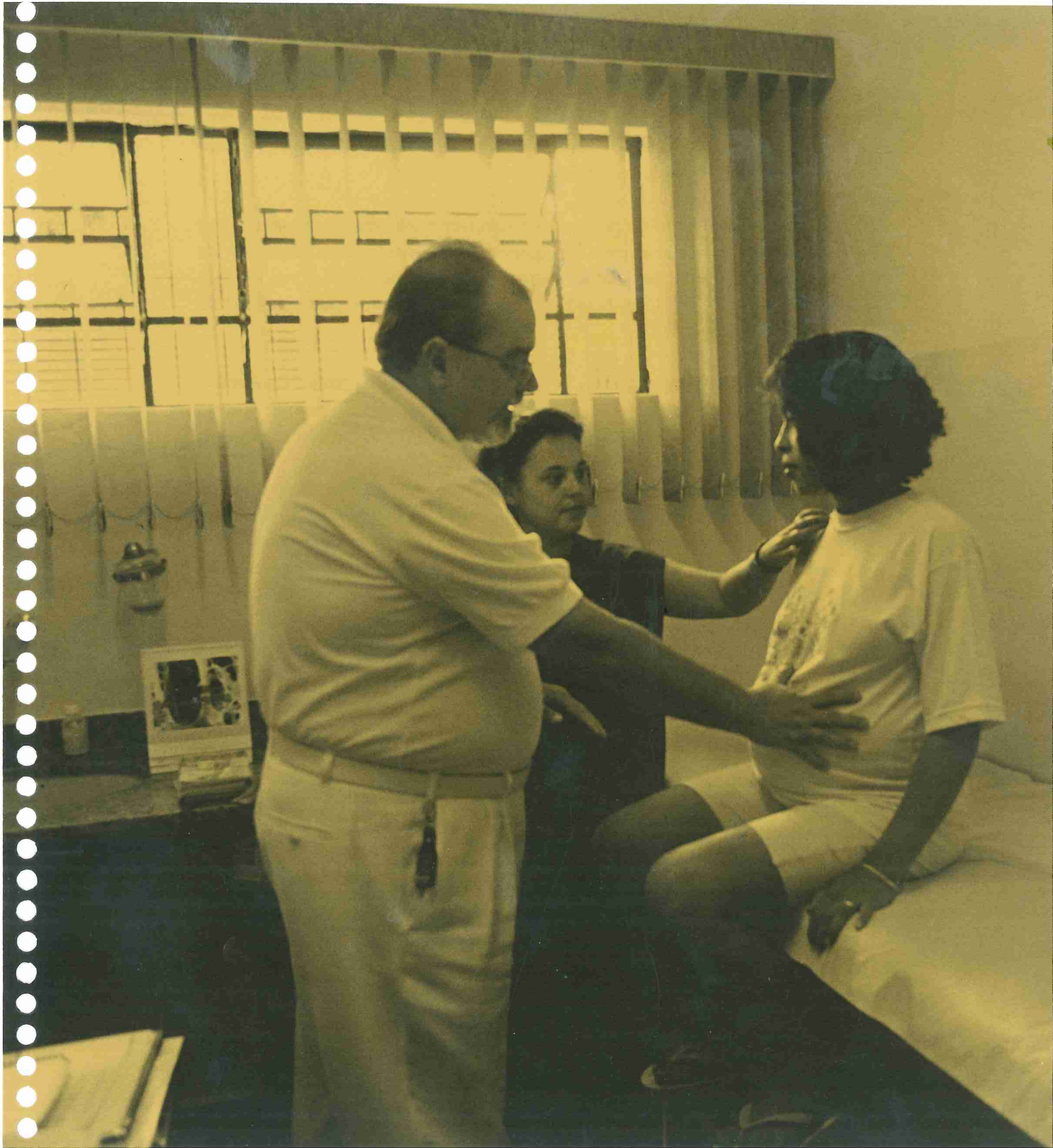
86

INFORME TÉCNICO DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Atenção Básica na prevenção e o controle da dengue e da malária

Secretaria de Vigilância em Saúde

105



EDITORIAL

A estratégia Saúde da Família completa dez anos, trazendo incorporada a essa comemoração a marca da maturidade.

O esforço de disseminação da proposta no decorrer desse tempo proporcionou a implantação de um grande número de equipes no país; contamos atualmente com 19.182 equipes de Saúde da Família, atuando em 4.498 municípios com 184.934 agentes comunitários de saúde, 6.367 equipes de saúde bucal e uma cobertura de 62,5 milhões de pessoas.

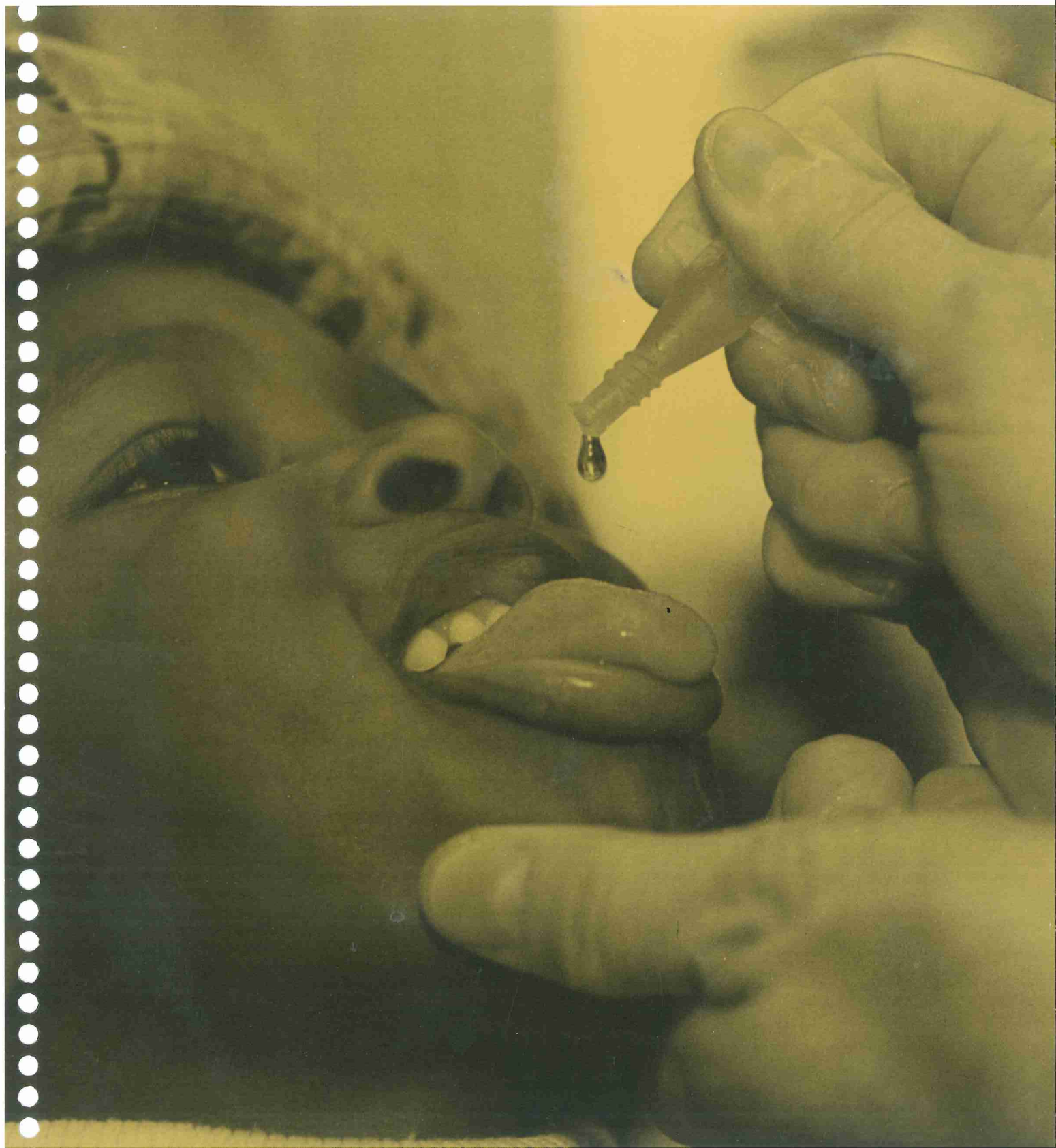
Esses números têm acompanhado o desafio da qualificação da Saúde da Família, garantindo assim a consolidação da estratégia que tem mudado o rumo da Atenção Básica em nosso país. Um dos avanços alcançados foi a transformação do Programa em uma estratégia de organização da Atenção Básica.

Nesse sentido, a Saúde da Família vem buscando não só a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, mas também uma mudança de modelo, que implica, necessariamente, a articulação da Atenção Básica com a Média e Alta Complexidade, envolvendo a integração de políticas estratégicas.

O amadurecimento nos traz possibilidades de adequação e de avanços – por tudo isso, esta Revista propõe uma reflexão crítica positiva da estratégia Saúde da Família, oferecendo espaços para avaliações, revisão de processos, sugestões de novos caminhos, integração com outras políticas no sentido da qualificação e consolidação das práticas.

Este número da Revista traz para discussão artigos científicos e institucionais, para dialogar com profissionais da prática, gestores, pesquisadores, entre outros que fazem a Saúde da Família em nosso país.

Humberto Costa
Ministro da Saúde





ORGANIZANDO O SUS

a partir do PSF

MATÉRIA COM O DR. JORGE SOLLA

Durante o ano de 2003, no Ministério da Saúde ocorreram mudanças que dinamizaram a relação com os Estados e municípios. Essas transformações foram importantes para os usuários do SUS, uma vez que permitiram a implantação de projetos e medidas que aumentaram e melhoraram o acesso da população à rede pública de saúde. A avaliação é do médico sanitário Jorge Solla, que comanda a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

E, nesta matéria, anuncia mudanças para 2004.

PRIMEIRO ANO DE GESTÃO

A Secretaria de Atenção à Saúde incorporou à sua estrutura o Departamento de Atenção Básica, permitindo, dessa forma, uma maior possibilidade de integração com as políticas de Média e Alta Complexidade.

De acordo com Solla, foram implantados projetos para aumentar a resolutividade do SUS. O Programa de Expansão da Saúde da Família (Proesf) foi um deles. Inicialmente previsto para atuar em 100 municípios, hoje já está presente em 230. Com o compromisso assumido pelas cida-

des, esse projeto tornou-se fundamental para expandir a rede de Atenção Básica, em municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes.

Na atenção odontológica, também ocorreram mudanças significativas. No primeiro ano de gestão, o número de equipes de saúde bucal na Saúde da Família cresceu 45%. Passou de 4.320 em janeiro de 2003 para 6.367 em janeiro de 2004. A população assistida pela Saúde da Família também aumentou. Em janeiro do ano passado, eram 91 milhões de brasileiros atendidos por agentes comunitários de saúde; 55 milhões pelas Equipes de Saúde da Família; e 26 milhões pelas Equipes de Saúde Bucal. Em janeiro de 2004, a cobertura passou a ser de 94 milhões; 62,5 milhões; e 36 milhões de brasileiros, respectivamente.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A série de mudanças também chegou aos procedimentos da atenção especializada. E um dos destaques da atual gestão do Ministério da Saúde foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – um investimento de R\$ 120 milhões para pôr em prática o principal componente da

Política Nacional de Atenção às Urgências, lançada em 2003. Atualmente, 16 municípios têm serviço semelhante no país. Nove desses já estão integrados ao SAMU do governo federal – o que corresponde a 20 milhões de pessoas beneficiadas. Até o primeiro semestre de 2004, serão compradas 650 ambulâncias e 150 Unidades Móveis de Terapia Intensiva para atender a 68 milhões de brasileiros, em 132 municípios e 20 capitais com mais de 100 mil habitantes. Com a expansão do SAMU, está prevista a criação de aproximadamente 15 mil empregos diretos e indiretos, para médicos, auxiliares de enfermagem, motoristas e telefonistas.

O secretário destaca ainda o lançamento, também no mês passado, do Brasil Sorridente, maior programa de saúde bucal do país

Na saúde mental, novos avanços. Principalmente na redefinição dos conceitos que norteiam a atenção psiquiátrica. O programa *De Volta pra Casa*, lançado em maio do ano passado, foi o primeiro passo da atual gestão para acelerar os processos de ressocialização e desospitalização dos portadores de transtornos mentais. “O programa é uma espécie de reconhecimento de uma dívida social com essas pessoas. É o Estado assumindo o papel de dar suporte, financeiro e humano, à volta delas para o convívio social”, afirma Solla. Além disso, completa o secretário, promoveu-se a ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que atualmente já somam mais de 550, em todo o país; e a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS, que tem como meta reduzir o número de leitos e aumentar as diárias pagas para hospitais de pequeno porte.

Outro ponto relevante foi o aumento da oferta de leitos de tratamento intensivo em todo o país. Em 2003, o Ministério da Saúde credenciou mais de 1.100 novos leitos. De acordo com Solla, até o primeiro semestre de 2004, serão 2.233 leitos incorporados à rede pública. Para custeio dos novos leitos, o Ministério da Saúde destinou R\$ 42,8 milhões em 2003. Para 2004, a previsão é que os recursos cheguem a R\$ 105,7 milhões – crescimento de quase duas vezes e meia.

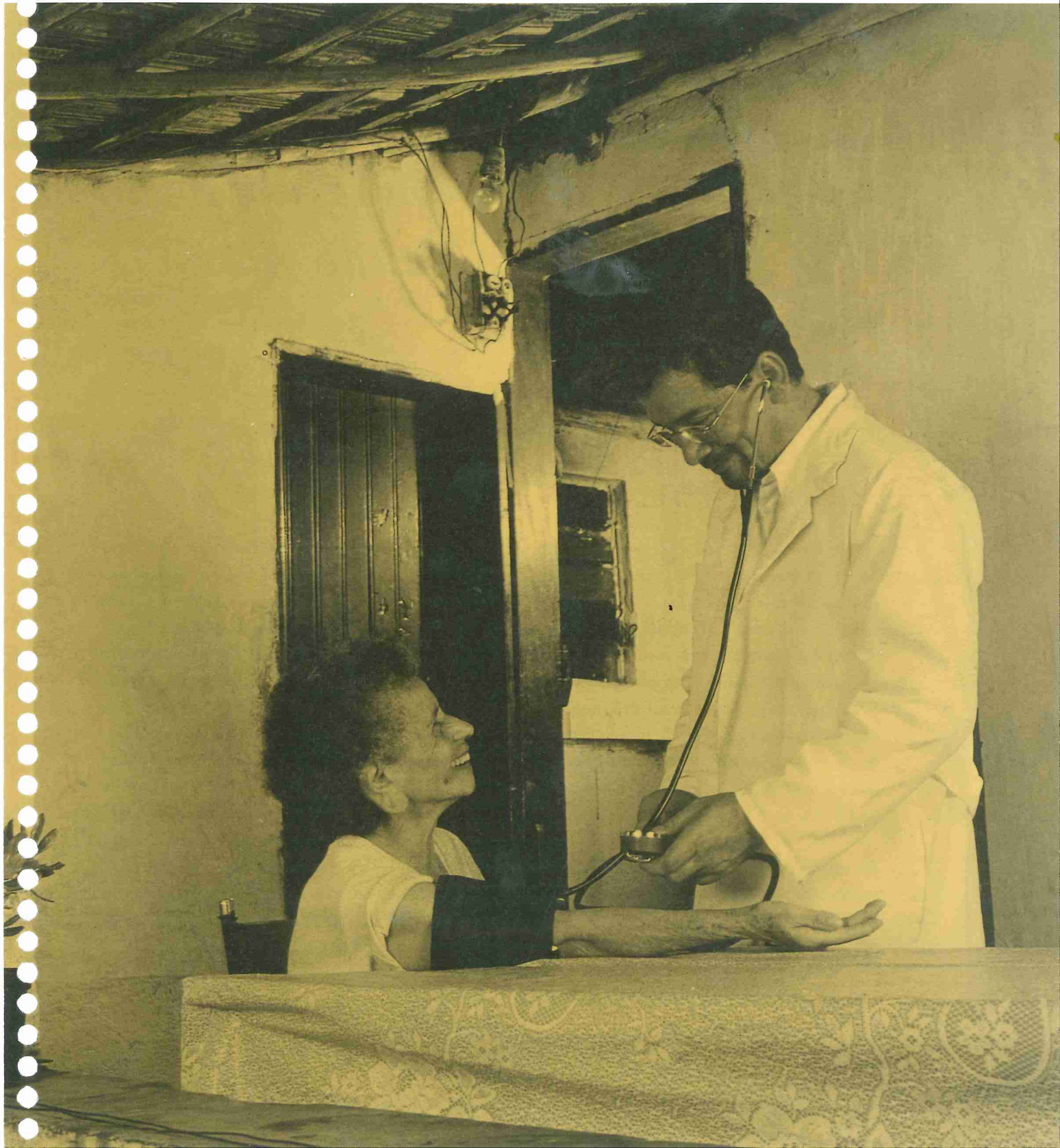
Para tais realizações, o Ministério da Saúde aumentou o repasse de recursos às unidades federais de R\$ 16,68 bilhões em 2002 para R\$ 18,92 bilhões em 2003.

PLANOS PARA 2004

A lista de projetos prioritários da Secretaria de Atenção à Saúde para 2004 é extensa. Alguns deles já estão em prática, como o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 8 de março. A meta é reduzir os índices atuais em 15%, até o fim de 2006. Hoje, no Brasil, em cada 100 mil nascidos vivos, ocorrem 74,5 mortes de mulheres. No caso das crianças, a cada mil nascidos vivos, 18,3 morrem nos primeiros 28 dias de vida. “As mortes de mulheres, decorrentes de gravidez, aborto ou parto, e de recém-nascidos indicam a qualidade da assistência à saúde de uma população. Isso porque evidenciam, na maioria das vezes, mortes precoces que poderiam ser evitadas. A redução desses indicadores no Brasil é um desafio que nós assumimos”, afirma Solla.

O secretário destaca ainda o lançamento, também no mês passado, do *Brasil Sorridente*, maior programa de saúde bucal da história do país, que prevê investimentos da ordem de R\$ 1,2 bilhão até o fim de 2006. Solla também adianta que, durante este semestre, serão discutidas a reestruturação da rede hospitalar de pequeno porte e a redefinição das políticas de Alta Complexidade nas áreas cardiovascular, ortopédica e nefrológica. “O conjunto dessas ações, aliado à manutenção e ampliação das mudanças que temos promovido desde o ano passado, contribuirá para o fortalecimento e a expansão do Sistema Único de Saúde”, diz Solla.

ARTIGOS





SAÚDE DA FAMÍLIA, PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA:

construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS

CARMEN FONTES TEIXEIRA¹

RESUMO

O presente trabalho se insere no debate acerca da contribuição da Saúde da Família para a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, discutindo, especificamente, a necessidade e a possibilidade de uma articulação dessa estratégia com as propostas derivadas do movimento internacional pela Promoção da Saúde e da experiência acumulada em torno da noção e da prática de Vigilância da Saúde. Inicialmente tratamos de revisar o significado que a Saúde da Família tem adquirido no Brasil, sistematizando alguns de seus avanços e limitações.

Em seguida, apresentamos as idéias, noções e conceitos articulados em torno das propostas de Vigilância e da Promoção da Saúde propondo um diálogo que gere a “interfertilização” entre estas propostas, de modo a que o

processo de mudança do modelo de atenção seja enriquecido teoricamente e ampliado do ponto de vista político-estratégico e tático-operacional. Analisamos os desafios atuais em termos da reorganização do sistema de serviços, com base na regionalização, e, principalmente, as perspectivas de reorientação do processo de trabalhos das equipes do PSF, levando em conta a necessidade de diversificar os objetos da prática, requalificar os sujeitos e consolidar as relações que vêm se estabelecendo com a população usuária, de modo a contemplar a efetiva implementação das ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica nas áreas de abrangência do programa, ao mesmo tempo que se reorganiza a atenção especializada e se avança com a implementação de ações de promoção da saúde que superem a ênfase atual em atividades de educação sanitária.

¹ Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde enfrenta, no momento atual, um dos maiores, se não o maior desafio, aquele de cujo encaminhamento resultarão o desenho organizacional e a configuração do conjunto das práticas de atenção à saúde que se realizam no cotidiano das instituições e serviços. Trata-se de garantir, através da formulação e implementação de políticas e estratégias de mudança na gestão, organização e financiamento do sistema, que se consolide o processo de mudança do modelo assistencial, processo esse que se vem desenvolvendo, principalmente, a partir de 1993-1994, quando se desencadearam a municipalização e a implementação da estratégia de Saúde da Família. De fato, apesar das restrições derivadas da política econômica reiterada na atual conjuntura, e mesmo levando em conta a complexidade das relações políticas intergovernamentais, ou seja, o “mosaico” político-partidário presente nos diversos níveis de gestão do SUS, conta-se com uma acumulação de conhecimentos e de experiências que permite o aprofundamento do debate em torno de propostas alternativas ao modelo médico-assistencial hegemônico.

Em trabalho recente, que amplia e aprofunda algumas reflexões que fiz em torno dessas alternativas, comento que o processo de reforma do modelo de atenção à saúde exige a implantação de mudanças político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais no âmbito das práticas de saúde. Tais inovações podem incidir tanto no conteúdo das práticas, de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta, para usar a terminologia corrente no SUS) e também na forma de organização das unidades em redes assistenciais que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial

dos recursos e, ao mesmo tempo, busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população (Teixeira, 2003).

*A atual política do MS reafirma
essa opção com relação à reorganização
do modelo de atenção à saúde, propondo
como eixo desse processo a ampliação
e qualificação da atenção básica*

Nesse sentido, é importante resgatar o significado estratégico da regionalização do sistema de serviços, bem como avançar no debate em torno das possibilidades de articulação entre as diversas alternativas de mudança na organização, no conteúdo e nas relações estabelecidas no âmbito das práticas de saúde, como é o caso das propostas elaboradas em torno das noções e conceitos de “acolhimento” e “vínculo”, “promoção e vigilância da saúde”, “ações programáticas”, “clínica ampliada” e outras. Além destas, originárias, em sua maioria, do ambiente acadêmico, ainda que experimentadas largamente no âmbito dos serviços, notadamente em nível municipal e local, cabe destacar a Saúde da Família, a única que, por ter sido elevada à categoria de “estratégia de mudança do modelo assistencial” pelo Ministério da Saúde, particularmente a partir de 1998, vem sendo implantada de forma a abarcar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos do SUS.

A atual política do MS reafirma essa opção com relação à reorganização do modelo de atenção à saúde, propondo como eixo desse processo a ampliação e qualificação da atenção básica. Desse modo, enfatiza a importância da implementação da estratégia de Saúde da Família, com a consolidação do trabalho das equipes nos pequenos e médios municípios e o avanço do PSF para os grandes municípios das regiões

metropolitanas. Nesse contexto, é mais do que nunca necessário que se aprofunde a análise em torno das limitações dessa proposta para dar conta do processo de mudança do modelo em toda a sua magnitude, ao mesmo tempo que se identifiquem as possibilidades de aperfeiçoamento e/ou redefinição dessa estratégia, de modo que possa efetivamente contribuir para o alcance dos propósitos do sistema com relação ao acesso, cobertura, efetividade, qualidade e humanização da prestação de ações e serviços à população.

Percebem-se os avanços, mas também as lacunas, da proposta de Saúde da Família. Estas, na prática concreta dos Serviços, podem vir a ser superadas pelo diálogo e pela incorporação crítica de outras propostas que contemplem a redefinição do conteúdo das ações

O objetivo desse trabalho é contribuir para este debate, tendo como ponto de partida uma caracterização geral da proposta de Saúde da Família, com a identificação dos seus avanços e limites no momento atual. Assim, tratamos de sistematizar alguns dos problemas que vêm sendo observados na prática das equipes de Saúde da Família e analisados em trabalhos recentes na área. Em seguida, inserimos na reflexão as possíveis contribuições das idéias, noções e conceitos articulados em torno da proposta de Vigilância da Saúde, bem como das propostas oriundas do debate internacional sobre a Promoção da Saúde. Finalmente, discutimos a necessidade e possibilidade de um diálogo que gere a “interfertilização” entre estas propostas, de modo que o processo de mudança do modelo de atenção seja enriquecido teoricamente e ampliado do ponto de vista político-estratégico e tático-operacional.

SAÚDE DA FAMÍLIA: DE PROGRAMA VERTICAL A ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO

As origens da proposta de Saúde da Família remontam ao surgimento e difusão do movimento de Medicina Familiar (Paim, 2003a), estruturado em meados dos anos 60 nos EUA com a finalidade de introduzir reformas no processo de ensino médico. Difundido a vários países da América Latina nas décadas seguintes, este movimento se deslocou progressivamente das instituições de ensino para os serviços, inclusive no Brasil, onde emergiu enquanto proposta de formação pós-graduada em Medicina Geral e Comunitária, vindo posteriormente a ser absorvido como fundamentação da política de organização da Atenção Primária à Saúde.

A trajetória institucional dessa proposta ilustra claramente um processo de “refuncionalização” de suas noções e práticas, na medida em que, partindo de uma concepção voltada para a reorganização da prática médica, clínica, através da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família), estas propostas foram paulatinamente associadas aos princípios da Medicina Comunitária e incorporaram princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e planejamento em saúde. De fato, uma análise da concepção brasileira da Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação), ainda que no âmbito da Atenção Primária ou, como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica. (MS, 1998; 2000).

O mais interessante e, sem dúvida, mais relevante, politicamente, é que a Saúde da Família, formulada enquanto um programa “vertical” a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 90, foi reapropriada e redefinida, por um conjunto heterogêneo de atores políticos, em nível estadual e posteriormente federal, que viram no PACS e em seu sucedâneo, o PSF, uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala. Com isso, a partir de 1994 e, principalmente no período 1998-2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. Mais que isso, a Saúde da Família vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjuga com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle.

A pertinência dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF² implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais. Alguns estudos evidenciam que a prática das equipes do Programa se concentra, basicamente, na oferta organizada de serviços básicos, como ações de educação sanitária dirigidas a grupos de gestantes, mães, porta-

dores de doenças crônicas e grupos de idosos, realizadas nas unidades de saúde ou na comunidade, ao lado de ações de atenção básica ao grupo materno-infantil, que incluem planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle de desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção (Silva, 2002; MS, 2003; Teixeira, 2004).

A efetiva construção de um modelo de atenção à saúde que tenha como atributo central a integralidade demanda a formulação de políticas e a implementação de estratégias de mudança organizacional e operacional no âmbito do sistema de serviços de saúde em vários planos e níveis

As ações de vigilância em saúde, mesmo em uma concepção restrita, limitada à vigilância ambiental (controle de riscos relativos a vetores de DIP, por exemplo), ou vigilância sanitária (controle de riscos associados ao consumo de bens e serviços, como água, alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos, etc.) ou mesmo a vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos prioritários, como Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, Câncer de colo de útero e mama, ou ainda as ações específicas de atenção a problemas de saúde mental, ainda são desenvolvidas de modo incipiente pela grande maioria das equipes.

Ainda no que diz respeito à prática das equipes, apesar dos esforços de capacitação e educação permanente dos diversos profissionais, há estudos que evi-

² Conta-se atualmente com 18.815 equipes do PSF atuando em 4.455 municípios; 183.815 ACS atuando em 5.138 municípios. A cobertura atual é de 62 milhões de pessoas. Ver Solla, 2003.

denciam a persistência de uma baixa qualidade da atenção e baixa efetividade na resolução de problemas comuns, como, por exemplo, o controle das diarreias em menores de um ano ou a redução da mortalidade materna, entre cujos fatores de risco se encontram a baixa cobertura e a baixa qualidade da atenção ao pré-natal.

Um dos resultados indesejados desse processo vem sendo o aumento da demanda por serviços de Média e Alta Complexidade, decorrente da extensão de cobertura da atenção básica, sem que ao mesmo tempo se verifique um aumento da resolutividade desse nível de atenção. Principalmente nos municípios de pequeno porte, que constituem a imensa maioria dos municípios brasileiros, a implantação da Saúde da Família, ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se fez acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde, como é o caso da Mortalidade Infantil.

Por conta disso, ainda que a Saúde da Família tenha como “imagem-objetivo” a integralidade das ações, o que tem gerado, inclusive, um diálogo com as propostas da Vigilância da Saúde (Campos, 2003), ainda há um longo caminho a percorrer para se alcançar uma lógica de adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas para o controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência).

Cabe registrar, ainda, uma tendência à “burocratização” do processo de gerenciamento do trabalho das equipes de SAF, identificada a partir de relatos de enfermeiras supervisoras do programa, que apontam o número excessivo de formulários, planilhas e outros instrumentos utilizados no processo de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação das ações realizadas.

Pelo exposto, percebem-se os avanços, mas também as lacunas, da proposta de Saúde da Família. Estas, na prática concreta dos serviços, podem vir a ser superadas pelo diálogo e incorporação crítica de outras propostas que contemplam a redefinição do conteúdo das ações, como, por exemplo, a Vigilância da Saúde, orientando a ampliação dos objetos de intervenção nos territórios a partir da descentralização das “vigilâncias” – ambiental, sanitária e epidemiológica, e, mais que isso, a incorporação das idéias e propostas do movimento em torno da Promoção da Saúde, que extrapola as ações de “educação e mobilização popular” e incorpora o desencadeamento de ações intersetoriais nos territórios de abrangência das ações das equipes.

VIGILÂNCIA DA SAÚDE: INTEGRAÇÃO DE PRÁTICAS E REDEFINIÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A proposta conhecida como Vigilância da Saúde tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos Sanitários implantados no final dos anos 80 e início dos anos 90, por iniciativa de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contando com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde e da Cooperação Italiana em Saúde. A base conceitual originária dos Distritos Sanitários (Sistemas Locais de Saúde - SILOS) resultava de uma atualização da proposta de regionalização dos serviços de saúde elaborada por Dawson, nos anos 20, na Inglaterra, matriz da macroorganização do National Health Service - NHS e também do sistema de saúde italiano, ambos fontes inspiradoras de propostas elaboradas pela vertente “político-institucional” do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, representada, de certa forma, pela presença de Hésio Cordeiro na presidência do INAMPS no período SUDS (1987–1989).

Além do enfoque sistêmico, que fundamentava a noção de SILOS, a implantação dos DS no contexto brasileiro absorveu rapidamente as propostas do planejamento estratégico-situacional, de

Carlos Matus (1993), e também se alimentou da reflexão que vinha sendo desenvolvida por epidemiologistas como Pedro Luis Castellanos (1991,1997), acerca da análise de situações de saúde. Além disso, incorporou, no mesmo movimento, as contribuições da “nova geografia” de Milton Santos, como referencial para a delimitação dos territórios (no plural) circunscritos pelo DS, quais sejam, os territórios administrativo, sanitário e epidemiológico, não necessariamente coincidentes e sim recortados e superpostos como um mosaico que permite a identificação de problemas e necessidades de saúde e das possibilidades de oferta de serviços e de intervenções sobre condições de vida da população.

A noção de Vigilância da Saúde (VISAU) surgiu, nesse contexto, como forma específica de denominação da proposta de integração das práticas de saúde no território do DS, a partir de uma releitura crítica e atualização histórico-concreta, do diagrama proposto originalmente por Leavell & Clarck, a propósito dos “níveis de prevenção” que atravessam a História Natural das Doenças (HND) (Leavell & Clarck, 1987; Arouca, 1975; Paim, 1994; Teixeira, 2000). A partir dessa concepção renovada do modelo da HND, a Vigilância da Saúde (VISAU) incorpora, para além do esquema abstrato que organiza os diversos níveis de prevenção, a análise concreta das práticas de saúde tal como se apresentam ou podem vir a se apresentar em uma situação específica como a brasileira. Prevê, assim, a possibilidade de formulação e implementação de “políticas públicas saudáveis”, conjunto de ações governamentais (intersetoriais) e não governamentais voltadas à melhoria das condições de vida das populações e à reorganização das ações sob responsabilidade direta do sistema de serviços de saúde, sejam as ações de “vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica”, dirigidas ao controle de riscos e danos, sejam as práticas de “assistência e reabilitação” dirigidas ao atendimento de necessidades e demandas de indivíduos e grupos populacionais.

A operacionalização da proposta de VISAU implica, pelo exposto, a valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados simultaneamente à delimitação de diversas “áreas” (de abrangência/influência dos

*A reflexão sobre o caminho
percorrido nos últimos 15 anos
no que diz respeito à construção
do SUS nos faz crer que, apesar
das dificuldades, o Brasil tem hoje a
oportunidade histórica de avançar na
efetivação de uma política de saúde
e na organização de um sistema
público de serviços de saúde*

serviços, de acordo com sua capacidade operacional), e, além disso, a incorporação da idéia de “mapas de risco”, que fundamenta a delimitação de “microáreas” (definidas em função do mosaico epidemiológico e das condições e modos de vida da população). A incorporação da noção de “problemas de saúde” no processo de planejamento e programação das ações, por sua vez, permite a valorização de uma visão policêntrica e democrática na definição dos objetos de intervenção, sem se perder de vista, porém, a racionalidade técnica que orienta a identificação de necessidades sociais de saúde e a problematização da demanda aos serviços para além da perspectiva clínica predominante entre os profissionais de saúde.

Como se pode perceber, a proposta de VISAU pretende dar conta do princípio da integralidade, pensado tanto em uma perspectiva “vertical”, de organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, quanto “horizontal”, no que diz respeito à articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação. Na prática, todavia, essas propos-

tas tendem a ser flexibilizadas, de modo a superar a idéia de uma estrutura “piramidal” de serviços, através da constituição de redes articuladas em função do atendimento de problemas e necessidades prioritárias, bem como permite uma plasticidade na composição do perfil de oferta de ações promocionais, preventivas e assistenciais, novamente tendo em vista a adequação dos serviços aos problemas e necessidades da população.

Talvez até por seu caráter abrangente, a Vigilância da Saúde não avança com propostas específicas de mudança na organização do processo de trabalho e saúde, tendo estabelecido, inclusive, um diálogo com a corrente das “ações programáticas” (Schraiber, 1990; Schraiber et al., 1996), dada a confluência de muitos dos seus pressupostos teóricos e políticos. Por outro lado, também se tem aproximado do debate sobre Promoção da Saúde, visando ampliar o escopo da reflexão sobre políticas e estratégias de ação intersetorial voltadas à melhoria das condições de vida. Simultaneamente, esta noção passou a ser usada como referência no âmbito da Saúde da Família, introduzida por consultores do PACS/PSF que buscavam um termo suficientemente abrangente que dê conta da busca de integralidade perseguida pela coordenação nacional e por algumas coordenações estaduais e municipais desses Programas.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS INTERSETORIAIS E PRÁTICAS SOCIAIS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

A concepção atualmente difundida de Promoção da Saúde, surge e se desenvolve, como assinala Buss (2003) nos últimos 20 anos, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa ocidental, sendo um marco importante a Conferência de Ottawa (1986), na qual se apresentou a Promoção da Saúde como um “enfoque” político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. De fato, a proposta atual de Promoção da

Saúde dá novo significado ao termo cunhado por Sigerist (1946) para designar uma das funções da medicina, ultrapassando em muito a idéia embutida no “nível de prevenção primária” definido por Leavell & Clark (1987), estando associado a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria referindo-se a uma “combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com as propostas de “responsabilização múltiplas, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos” (Buss, 2003: 16).

Do ponto de vista conceitual, a Promoção da Saúde tem aberto espaço à reflexão sobre o conceito de saúde (Almeida Filho e Andrade, 2003) e a problematização das diferenças e semelhanças entre as estratégias de prevenção e promoção (Czeresnia, 2003), estimulando epidemiólogos e cientistas sociais que atuam no campo da Saúde Pública/Coletiva a aprofundarem a discussão em torno do conceito de risco (Caponi, 2003), vulnerabilidade (Ayres et al., 2003) e suas implicações para as práticas de saúde no mundo contemporâneo (Castiel, 2003), o que tem como um dos desdobramentos a atualização da reflexão sobre a proposta de Vigilância da Saúde (Freitas, 2003; Paim, 2003b).

A difusão das idéias que constituem o corpo doutrinário da Promoção da Saúde tem gerado a incorporação de muitas de suas propostas no processo de formulação de políticas e programas de saúde, como é o caso do Programa de Controle do Tabagismo e do Programa de Controle da AIDS, ao lado de diversas iniciativas em torno da definição de estratégias para a Promoção da Paz e do Controle da Violência, em várias cidades brasileiras (Teixeira e Paim, 2000),

e da formulação de políticas públicas saudáveis que levem em conta a possibilidade de articulação de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida de grupos populacionais expostos a riscos diferenciados (Viana, 1998; Junqueira, 2000).

Uma das formas de difusão e incorporação das propostas do movimento da Promoção da Saúde no Brasil tem sido a criação de “cidades saudáveis”, iniciativa fomentada pela Organização Mundial da Saúde e incorporada por várias administrações municipais nos últimos anos (Campinas, Curitiba, Fortaleza, entre outras) (Akerman, 1997; Junqueira, 1997, 1998; Ribeiro, 1997). A noção de “cidades saudáveis” implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e na execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (Westphal, 1997; Malik, 1997; Keinert, 1997; Ferraz, 1999; Zamudio, 1998; RADIS, 2000). Como assinala em outro lugar, sua incorporação ao referencial adotado pelas administrações municipais pode contribuir para a concretização de processos de descentralização, intersetorialidade e, principalmente, para a ampliação do leque de ações sociais voltadas ao atendimento de necessidades de saúde da população, gerando experiências inovadoras de articulação intersetorial para o enfrentamento de problemas cujos determinantes extrapolam o âmbito de ação do sistema de serviços de saúde (Teixeira, 2000).

A difusão e a multiplicação de propostas políticas derivadas do movimento pela Promoção da Saúde, incluído recentemente na agenda política de entidades representativas das Secretarias

A atual política do MS enfatiza a importância da implementação da estratégia de Saúde da Família, com a consolidação do trabalho das equipes nos pequenos e médios municípios e o avanço do PSF para os grandes municípios das regiões metropolitanas

Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo próprio Ministério da Saúde, que em 1998 chegou a criar um projeto de Promoção da Saúde sob responsabilidade da então Secretaria de Políticas de Saúde (MS, 2002), sem dúvida, constituem uma importante inovação conceitual e político-ideológica na área de formulação de políticas sociais, porém, não dão conta, evidentemente, do encaminhamento dos problemas específicos da organização do “modelo de atenção à saúde”. Sua inclusão nesse debate, a meu ver, se justifica, porém, pela renovação de perspectivas e pela abertura de um diálogo que tende a extrapolar o espaço de governabilidade das instituições gestoras do sistema de saúde e aponta, em nível federal, estadual ou municipal, para a possibilidade de reorientação de práticas que incidam sobre as condições e modos de vida da população, produzindo efeitos diretos e indiretos sobre o perfil de necessidades e demandas que venham a se apresentar ao sistema de serviços no futuro. Nesse sentido, a análise dos processos de transição demográfica e epidemiológica, os novos “mapas de risco” e as estratégias de promoção e prevenção a serem adotadas nesses cenários são parte da reflexão sobre as tendências e perspectivas das políticas e práticas de saúde no âmbito do SUS (Barreto, 2002; Paim, 2003c; Teixeira, 2003).

SAÚDE DA FAMÍLIA, PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA: ARTICULAÇÃO POSSÍVEL E NECESSÁRIA (PORÉM NÃO SUFICIENTE) PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A efetiva construção de um modelo de Atenção à Saúde que tenha como atributo central a integralidade demanda a formulação de políticas e a implementação de estratégias de mudança organizacional e operacional no âmbito do sistema de serviços de saúde em vários planos e níveis. Nesse sentido, cabe, em primeiro lugar, registrar que a noção de “integralidade” remete a uma dupla dimensão, a primeira relativa à integralidade do sistema de serviços de saúde e à construção dos chamados “sistemas integrados” (Mendes, 2001) e a segunda à integralidade das práticas de saúde, ou seja, a articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços. (Pinheiro e Mattos, 2001; 2003; Paim, 2003b).

O objetivo deste trabalho é contribuir para este debate, tendo como ponto de partida uma caracterização geral da proposta de Saúde da Família, com a identificação dos seus avanços e limites no momento atual

O processo de construção da Integralidade na dupla perspectiva (sistema e práticas) enfrenta hoje, no âmbito do SUS, um conjunto de desafios que podem ser classificados de “estruturais” e “conjunturais”. Do ponto de vista “estrutural”, o principal problema deriva da dinâmica de reprodução do “modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista” que envolve determinações

econômicas e políticas que se cristalizam nas relações estabelecidas entre o Estado, as empresas multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos e empresariado nacional e multinacional da área da saúde. A transformação dessa estrutura exige a acumulação de fatos e processos que venham a condicionar uma nova dinâmica de reprodução, a qual tem como ponto de partida o fortalecimento do papel de regulação exercido pelo Estado, na medida em que este se responsabilize pela implementação de um projeto de mudança da lógica de organização e funcionamento do sistema que subverta as pressões mercadológicas em nome dos interesses sociais (e epidemiológicos) da população.

Do ponto de vista “conjuntural”, é possível pensar que a implementação de uma política voltada à expansão e qualificação da atenção básica, como é o caso da proposta atual do MS, produza fatos (objetivos) e percepções (subjetivas) que contribuam para uma mudança na prática e na concepção dos sujeitos envolvidos na prestação e no consumo de ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a flexibilização e o aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família pode ser um elemento fundamental para a adequação das respostas oferecidas pelo SUS aos problemas e necessidades de saúde da população. Com isso, pode vir a contribuir para a legitimação do projeto de reforma das práticas de saúde tendo como diretrizes não somente a universalização da atenção básica, mas também a integralidade das ações e serviços, o que exige a construção de alianças estratégicas entre os gestores do SUS interessados nesse processo, os profissionais de saúde e a população usuária.

Por flexibilização e aperfeiçoamento da estratégia de Saúde da Família entendo o desencadeamento de um processo que tenha como pressuposto a necessidade de redefinição da organização dos serviços e do conteúdo das práticas de saúde a partir da situação concreta de cada local, seja um distrito, um município ou uma microrregião de saúde, levando em conta a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde em cada

região e Estado. Com isso, é possível admitir que não se deve estabelecer um “modelo padrão” a ser reproduzido em todos os locais, senão que, como já vem ocorrendo, deve se buscar adaptar a organização das unidades de saúde e a configuração do perfil de oferta das ações e serviços às diversas realidades regionais, estaduais, municipais e locais, constituindo-se, na prática, variantes do modelo de “atenção integral” tomado como “imagem-objetivo” ou referência padrão. (Teixeira, 2000, 2003a).

Nessa perspectiva, é que venho tentando problematizar a proposta de expansão da estratégia de Saúde da Família aos municípios de mais de 100 mil habitantes, objeto do PROESF (MS, 2003), chamando a atenção para que, nos grandes centros, a Saúde da Família passe a competir, de fato, com o modelo médico-assistencial hegemônico, enfrentando a resistência de vários atores implicados na reprodução desse modelo, inclusive os profissionais de saúde e a própria população usuária, habituada a consumir serviços especializados, mesmo em nível da atenção básica (Teixeira, 2003b).

Para “fazer a diferença” nesse contexto, a Saúde da Família deve, a meu ver, tratar de superar o processo de medicalização, o que pressupõe assimilar a oferta de serviços médicos especializados e promover um redirecionamento da atenção especificamente na dimensão relacional do cuidado, através da incorporação de uma ética voltada ao “acolhimento” e estabelecimento de vínculos, de responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito ao encaminhamento do processo de produção-consumo de serviços (Merhry, 1994, 1998), um pouco na linha do que tem sido trabalhado sob a égide da “humanização” do atendimento. Desse modo é possível avançar na constituição de novos sujeitos das práticas de saúde, não apenas os profissionais imbuídos dessa lógica, mas também a própria população assistida, em um processo de “empowerment” que introduza as questões da promoção da saúde, transversalmente, no campo da saúde coletiva e no seio da própria prática médica.

Ao lado disso, é necessário avançar com o desenvolvimento do diálogo entre a Saúde da Família e as práticas de vigilância da saúde, as quais, como referimos anteriormente, são ainda as mais incipientes e desarticuladas na assistência em nível local e municipal de atenção. Nesse caso, o grande desafio reside na requalificação profissional das equipes com a introdução de conhecimentos e técnicas que subsidiem a formação de competências voltadas à análise permanente da situação de saúde e à execução de práticas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica que tomem, por objeto determinantes, riscos e agravos priorizados nos diversos grupos da população coberta nas diversas áreas de abrangência do programa.

*O processo de construção da
Integralidade na dupla perspectiva
(sistema e práticas) enfrenta hoje,
no âmbito do SUS, um conjunto
de desafios que podem ser classificados
de “estruturais” e “conjunturais”*

Cabe registrar, nesse particular, que as práticas de vigilância em saúde – ambiental, sanitária e epidemiológica – têm sido o espaço de incorporação de profissionais de diversas categorias, como engenheiros, médicos veterinários, farmacêuticos e outros da área de saúde que se “afastam” do modelo médico hegemônico e se “aproximam” do campo da saúde coletiva. A equipe de Saúde da Família, em sua composição atual, não contempla a incorporação desses profissionais, porém pode vir a ser ampliada futuramente com a inclusão de profissionais graduados em Saúde Coletiva, proposta atualmente em discussão em algumas universidades. De todo modo, o processo em curso de capacitação de agentes locais de Vigilância da Saúde, objeto do PROFORMAR,

pode vir a suprir, no curto e médio prazo, a necessidade de ampliação e diversificação do perfil das equipes de saúde ao nível local.

*É possível avançar na constituição
de novos sujeitos das práticas
de saúde (...) É necessário
avançar com o desenvolvimento
do diálogo entre a Saúde
da Família e as práticas de
vigilância da saúde*

O importante é que se busquem formas de incluir, na concepção e na prática das equipes, a noção de “risco”, atual e potencial, de modo que os profissionais de saúde possam trabalhar não apenas com a intervenção sobre agravos à saúde, como também tomem como objeto de trabalho os riscos sanitários presentes nos “modos de vida”- condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos (Costa e Teixeira, 2003). Além disso, que incorporem em sua racionalidade técnica a perspectiva de atuar sobre determinantes das condições de saúde, o que implica envolver a população na identificação, explicação e compreensão dos seus problemas e necessidades de saúde, de modo a subsidiar práticas políticas, sociais e culturais que tenham como objetivo a superação desses problemas e o atendimento dessas necessidades.

Esse é um dos desafios do processo de educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde, a ser enfrentado pelos Pólos que vêm sendo organizados, pelas instituições de ensino-pesquisa, pelos gestores do SUS e pelas organizações não-governamentais envolvidas com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

COMENTÁRIOS FINAIS

A reflexão sobre o caminho percorrido nos últimos 15 anos no que diz respeito à construção do SUS nos faz crer que, apesar das dificuldades, o Brasil tem hoje a oportunidade histórica de avançar na efetivação de uma política de saúde e na organização de um sistema público de serviços de saúde que represente, de fato, uma inovação do ponto de vista do modelo de atenção, ou seja, do ponto de vista da direcionalidade do processo de mudança no conteúdo das práticas de saúde.

Talvez até por conta das imensas desigualdades econômico-sociais e das características da situação de saúde da população, marcada pela combinação de problemas e necessidades que demandam a adoção de políticas e estratégias diversificadas, a inclusão na agenda da saúde de princípios como a universalização e a integralidade da atenção tem provocado estudiosos, políticos, gestores e profissionais de saúde a buscar alternativas consistentes, fundadas epistemologicamente no que há de mais avançado na reflexão crítica na área, ao mesmo tempo que lutam pela implementação de estratégias e práticas coerentes com as limitações estruturais e conjunturais do sistema público de serviços de saúde.

Dessa maneira, a expansão e a qualificação da Atenção Básica, através da flexibilização e do aperfeiçoamento da Saúde da Família, à luz do debate atual e da experiência internacional e nacional acumulada na área de saúde pública/coletiva, representam a possibilidade histórica de superação do “modelo médico-assistencial curativo e hospitalocêntrico”, desde que se invista na requalificação do processo de trabalho em saúde em todos os níveis do sistema.

Para isso, enfatizamos, particularmente, a formulação de políticas (Teixeira, 2003b) que contribuam para que o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde contemple cada vez mais a busca de respostas às lacunas do conheci-

mento e ao desenvolvimento de tecnologias adequadas e pertinentes ao enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades prioritárias de saúde da população, ao mesmo tempo que se avança na consolidação de políticas e práticas de promoção e vigilância, que envolvam, cada vez mais, a população como protagonista da proteção, preservação e cuidado à sua saúde individual e coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERMAN, M. et al. 1997. *A concepção de um projeto de observatório de qualidade de vida: relato de uma experiência realizada em Campinas-SP*. Saúde e sociedade, 6 (2): 83-99.
- ALMEIDA FILHO, N. promoção da saúde e prática médica. Notas de aula no Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, área de concentração Gestão de sistemas de saúde, maio de 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. e Andrade, R. F. S. 2003 *Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde*. Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 97-115.
- AROUCA, A. S. S. 1975 O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, São Paulo.
- AYRES, J. R. C. M. França Jr., I. Calazans, G. J. & Saletti Fº, H. C. 2003 *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. *Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco*. 2002 Rev. Brasileira de Epidemiologia, vol 5, supl 1, p. 28 – 42.
- BARRETO, M. L. Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: histórico, fundamentos e perspectivas. Conferência de abertura. V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba-PR, 24-27 de março de 2002, 30 p.
- BUSS, P. M. *Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde*. In: Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003, p. 15-38.
- CAMPOS, C. E. A. 2003 *O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família*. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (2): 569-584, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. O Programa de Saúde da Família e a Reorientação do Modelo Assistencial. Exposição realizada no Seminário 25 anos de Alma-Ata, Brasília, dezembro de 2003 (anotações da autora).
- CAPONI, S. 2003 *A saúde como abertura ao risco*. Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 55-77.
- CASTELLANOS, P. L. (coord) *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud segun condiciones de vida y del impacto de las Acciones de Salud y Bienestar*. Proyecto. OPS/OMS, 1991b, 52 p.
- CASTELLANOS, P. L. 1997 *Epidemiologia, Saúde Pública Situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais*. In: BARATA, R. (org.) *Condições de vida e situação de saúde*. ABRASCO, Rio de Janeiro, p. 31-75.
- CASTIEL, L. D. 2003 *Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde*. Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.79-95.

- COSTA, E. e TEIXEIRA, C. F. Vigilância(s) em Saúde; conceitos e práticas, ISC-UFBA, Salvador, Bahia, 2003, 24 p.
- CZERESNIA, D. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003, p. 39-53.
- FERRAZ, S. T. 1999. Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000. Paralelo 15, Brasília, 103 p.
- FREITAS, C. M. 2003 A Vigilância da Saúde para a promoção da Saúde. Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 141-159.
- JUNQUEIRA, L.P. 1997. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade Saúde e sociedade 6(2): 31-46.
- JUNQUEIRA, L. P. 1998. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. RAP, Rio de Janeiro 32 (2): 11-22.
- KEINERT, T.M.M. 1997 Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades saudáveis" Saúde e sociedade 6(2): 55-64.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G. 1987 *Medicina Preventiva*. Editora McGraw-Hill do Brasil Ltda., 744 p.
- MALIK, A M. 1997. Cidades saudáveis: estratégia em aberto. Saúde e sociedade 6(2): 19-30.
- MATUS, C. Política, planificação e governo, 2a. ed. (2 Tomos), Brasília, IPEA, 1993, p. 297 - 554 p.
- MENDES, E. V. 2001 Os grandes dilemas do SUS. Casa da Qualidade Editora, Salvador, Bahia, (Tomo II), 167 p.
- MERHY, E.E. 1994. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L (org.) *Inventando a mudança na saúde* São Paulo, HUCITEC, p 117 – 160.
- MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.) 1997. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo - Buenos Aires; HUCITEC/LUGAR EDITORIAL, 385 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. 1998 *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 2a. ed. 36 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/02. Brasília, D. F março de 2002, 75 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Relatório de Gestão. Brasília, dezembro de 2002. 235 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003 A produção sobre Saúde da Família. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO, Brasília, 193 p.
- PAIM, J. S. 1994b *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais* In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, MEDSI, Rio de Janeiro, p. 455-466
- PAIM, J. S. 2003 Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2): 557-567.
- PAIM, J. S. 2003 Modelos de atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, M. Z. e Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6a. edição. MEDSI, Rio de Janeiro, p. 567- 586.
- PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. Czeresnia, D. e Freitas, C. M. (orgs) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de janeiro, Editora Fiocruz, 2003, p. 161-174.

- PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (orgs) 2001 Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. IMSUERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro, 178 p.
- PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (orgs) 2003 Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMSUERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro, 226 p.
- RADIS (TEMAS) 2000 Cidades Saudáveis, Radis n.º 19, FIOCRUZ.
- RIBEIRO, R. C. 1997 A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade: a experiência de Fortaleza. Saúde e sociedade 6(2): 47-54.
- SCHRAIBER, L. (org) Programação em Saúde hoje. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1990, 226 p.
- SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B. e GONÇALVES, R. B. 1996. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. HUCITEC, São Paulo, 286 p.
- SILVA, A. P. A prática de saúde do programa de Saúde da família: mudança ou conservação? Dissertação de mestrado. ISC-UFBA, Salvador, Bahia, 2002.
- SOLLA, J. P. Os cuidados Primários de Saúde e o Equilíbrio entre Necessidades, Serviços e Tecnologia em Saúde. Exposição realizada no Seminário 25 anos de Alma-Ata. Brasília, dezembro de 2003 (anotações da autora).
- TEIXEIRA, C. F. PAIM, J. S. 2000 Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida, Revista de Administração Pública. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, volume 34 (p 63-80).
- TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Caderno da 11a. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, D. F. dezembro de 2000, p. 261 – 281.
- TEIXEIRA, A. mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Revista Saúde em Debate, nº 65, CEBES, Rio de Janeiro, 2003 (no prelo).
- TEIXEIRA, C. F. Formulação de políticas de atenção integral à saúde de grupos populacionais específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde: bases conceituais e proposta metodológica. Consultoria DAPE/MS, novembro de 2003b, 51 p.
- TEIXEIRA, C. F. Análise das propostas da 12a. Conferência Nacional de Saúde com relação à organização do modelo de atenção à saúde no SUS. Consultoria DAPE/MS, fevereiro de 2004, 29 p.
- TEIXEIRA, C. F. 2004 Análise dos trabalhos dos alunos do curso de especialização em Saúde da família. Bahia. 17 p.
- VIANA, A.L. 1998 Novos riscos, a cidade e a interseccionalidade das políticas públicas. RAP, Rio de Janeiro 32 (12):23-33.
- WESTPHAL, M. F. 1997 Municípios saudáveis: aspectos conceituais. Saúde e sociedade 6(2): 9-18, 1997.
- ZAMUDIO, M. G. 1998 Teoría y guía práctica para la promoción de la salud. Centro de Investigaciones y Estudios de la salud - CIES, Manágua, Nicaragua. Unité de santé internationale USI. Université de Montreal, Québec, Canadá, 189 p.



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:

novos horizontes

ERONILDO FELISBERTO¹

RESUMO

O artigo faz uma reflexão a respeito da necessidade da institucionalização da avaliação em saúde, tomando como referencial a Atenção Básica; discorre sobre as ações estratégicas que vêm sendo desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde com vista a esta institucionalização e traz à discussão a proposta de fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento e avaliação, como eixo estruturante de uma política de avaliação para a Atenção Básica que atualmente se encontra em construção.

¹ Coordenador de Acompanhamento e Avaliação
Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde.

Estão claras, e não são de hoje, as proposições e posições assumidas por gestores e pesquisadores que têm refletido sobre a necessidade de investir na institucionalização da avaliação (Hartz, 1997; Schraiber et al., 1999; Vieira-da-Silva, 1999; Hartz, 2000; Medina et al., 2000; Ministério da Saúde, 2000; Scriven, 2001; Bodstein, 2002; Hartz, 2002; Souza, 2002; Stevenson et al., 2002). Entendendo institucionalização enquanto incorporação da avaliação à rotina dos serviços, estamos assumindo a necessidade do fortalecimento e/ou desenvolvimento de capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, em adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa).

Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva com o objetivo de qualificar a Atenção Básica, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Estas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde.

Por outro lado, a avaliação de políticas e programas de saúde deve contemplar ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo. Daí a necessidade de estudos e pesquisas que dêem

conta das dimensões não apreendidas pelos diversos sistemas de monitoramento.

O desafio à consolidação do SUS estabelecido pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/2001 (Ministério da Saúde, 2001), com vista à construção de redes assistenciais em Atenção Básica eficazes e resolutivas, integralmente coesas com os níveis de atenção mais complexos, prevê o desenvolvimento de mecanismos que visem à garantia de qualidade. Isto posto, constitui-se de fundamental importância priorizar a qualificação das equipes técnicas para a apreensão de práticas e capacidades específicas, bem como para a aquisição de competências avaliativas.

Para Hartz (2002):

Institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão.

O Programa Saúde da Família (PSF) vem se constituindo, ao longo do tempo, como indutor desse processo de institucionalização da avaliação na Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2000). A criação, na estrutura organizacional do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) marca essa característica, principalmente quando se atribui a esta a responsabilidade da condução gerencial de iniciativas processuais de grande envergadura como o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, estabelecido mediante negociação entre as três esferas de gestão, que se tem constituído num esforço coletivo de incorporação da avaliação à prática da gestão e de articulação com os processos de programação; a Investigação Avaliativa representada pela realização de estudos e pesquisas de abrangência nacional e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), principal instrumento de monitoramento da atenção básica com características muito peculiares de apoio à gestão, ao fazer uso dos conceitos de territorialização, adscrição

de clientela e potencialidade de uso por profissionais integrantes das equipes de saúde para discussão com a comunidade usuária e programação local (Hartz, 2000; Souza, 2002).

Entretanto, para o sistema nacional de saúde, em especial no campo da Atenção Básica, ainda se busca clarear as diretrizes de uma política de avaliação, que, embora em franco processo de implantação, estabelece como desafio a superação dos obstáculos operacionais e funcionais para sua execução. Na atual gestão do Ministério da Saúde, coube ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, propor estratégias e desencadear ações para o enfrentamento deste desafio.

Uma primeira iniciativa tomada por essa Coordenação foi a definição de sua missão institucional e a identificação clara de seus objetivos estratégicos, que, a despeito de possíveis limitações, tem sua formulação resultante de um processo participativo em seu âmbito, permitindo, dessa forma, traçar as operações a serem desenvolvidas com o fim de atingi-los (quadro abaixo).

O passo seguinte constituiu-se em viabilizar espaços para discussão das bases e diretrizes para a promoção de uma cultura avaliativa - envolvendo os diferentes atores por intermédio de referências conceituais, metodológicas e operacionais - que contribua para a implementação de mecanismos e instâncias de avaliação da atenção básica nos níveis local e regional e que estimule uma reflexão mais sistematizada sobre a institucionalização da avaliação.

MISSÃO E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA COORDENAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

MISSÃO

Monitorar e avaliar a Atenção Básica instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Identificar aspectos relevantes da Atenção Básica para serem monitorados e avaliados, com destaque para a estratégia Saúde da Família;
- Desenvolver estratégias de disseminação das informações relevantes, precisas e de forma ágil sobre Atenção Básica (AB) no país;
- Construir capacidade técnica e política nas três instâncias gestoras do SUS que possibilite a análise dos dados para a tomada de decisão;
- Induzir processos de articulação intra e intersetorial visando à institucionalização do Monitoramento e da Avaliação da AB;
- Fomentar e dinamizar estratégias de pactuação de metas e indicadores da AB nas três instâncias de gestão do SUS;
- Garantir o acesso aos bancos de dados sob gerência da coordenação para monitorar e avaliar a AB;
- Identificar a necessidade de fomentar e articular estudos avaliativos para a AB;
- Gerenciar o Sistema de Informação da Atenção Básica.

Dessa forma, alguns movimentos vêm ocorrendo com o objetivo de pactuar os aspectos importantes da Atenção Básica a serem monitorados e avaliados, a partir de um processo de mobilização de técnicos, gestores e pesquisadores, buscando-se, também, manter aceso o debate sobre a necessidade do estabelecimento de padrões de qualidade para a atenção básica, partindo-se da estratégia Saúde da Família.

Por outro lado, superar o desafio de articular os diversos projetos e ações propostos e/ou em execução como “ferramentas” para o monitoramento e avaliação da atenção básica constitui hoje o estado da arte da construção de uma política de avaliação para a Atenção Básica no Brasil.

É nesse sentido que, a partir do debate mais ampliado no âmbito do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestora Tripartite, procurou-se definir as estratégias de ação necessárias a dar organicidade ao conjunto das diversas iniciativas e processos de trabalho em curso.

A reformulação do SIAB com o objetivo de transformá-lo num sistema que seja abrangente de toda a Atenção Básica, superando os limites do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF; a dinamização do Pacto de Indicadores da Atenção Básica como instrumento de mobilização, de negociação política, mas, efetivamente, como elemento norteador da formulação das políticas setoriais e da programação das ações; a divulgação de forma ampla dos estudos e pesquisas realizados sobre a Atenção Básica, proporcionando o acesso de gestores, profissionais dos serviços de saúde e docentes, pesquisadores e estudantes das instituições de ensino e pesquisa; a disponibilização pública do banco de dados do SIAB; a exploração dos sistemas de informação e outras fontes de dados, produzindo-se indicadores e analisando-os com vista a publicações institucionais; a construção de instrumentos que permitam o uso mais sistemático da informação pelas equipes de saúde e gestores do sistema; a divulgação de experiências exitosas implementadas por Estados e municípios; a realização de novos estudos e

pesquisas, como necessidade à complementação do monitoramento e a identificação de fontes de financiamento e definição de orçamento para as ações de avaliação, são algumas das estratégias que vêm sendo efetivadas pelo Ministério da Saúde.

Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva, com o objetivo de qualificar a Atenção Básica, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde

Paralelamente, fez-se necessária a renegociação do acordo de empréstimo assinado entre o governo brasileiro e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD – Banco Mundial), que originou o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF), no que concerne ao Componente III – Monitoramento e Avaliação, tanto no que diz respeito aos seus subcomponentes e/ou ações programadas, quanto no que se refere ao volume de recursos destinados à sua execução.

A inclusão da proposta de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação e o aumento dos recursos financeiros de US\$ 7 milhões para US\$ 25 milhões previstos para a primeira fase do PROESF no Componente III caracterizam-se como elementos direcionados a dar corpo à superação daquele desafio identificado para a definição da política, constituindo-se em fatores estruturadores da sustentabilidade para a construção da capacidade avaliativa em saúde para o SUS.

Da mesma forma, o fomento ao debate interno sobre a necessidade da integração das práticas de monitoramento e avaliação e sua articulação com o planejamento e a formulação das políticas setoriais, com vista a uma repercussão uníssona nas programações e pactuações, têm resultado em ocupação de importante espaço da avaliação no planejamento macroestratégico das ações de saúde.

A construção e o fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação, com vista à sua inserção firme e decisiva nas práticas de saúde, seja do cuidado ou da gestão, remetem-nos a longos caminhos a serem percorridos

A conjunção de decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação dos recursos humanos para avaliação é o que constitui o eixo para a construção da capacidade institucional, o que, sem sombra de dúvidas, vem superar a prática de estabelecer processos avaliativos unicamente atrelados à intervenção (Stevenson et al., 2002). A complexidade do SUS, representada pelo processo de descentralização da gestão, prevê o envolvimento de atores e contextos locais diversificados, gerando a redefinição de papéis, responsabilidades e necessidades de investimento, o que se acredita estar sendo contemplado a partir das proposições aqui referidas (Bodstein, 2002).

A proposição, portanto, que aqui ressaltamos e que, em nosso entendimento, passa a se constituir no eixo estruturante do delineamento da política de avaliação para a atenção básica no país, toma corpo a partir da construção pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) dos *Planos Estaduais para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica*.

Esses planos, no momento em fase de elaboração, têm como referência os pressupostos conceituais e diretrizes propostos pelo Ministério da Saúde e pactuados na Comissão Intergestora Tripartite, que também definiu os indicadores para a elaboração dos mesmos, assim como os critérios técnicos para o financiamento das ações propostas (Ministério da Saúde, 2004).

Tendo como forma de financiamento a transferência direta de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, este se dará mediante a avaliação do cumprimento de metas previamente estabelecidas e aprovadas pelas instâncias colegiadas de gestão e de controle social.

A necessidade de conferir maior organicidade institucional aos processos de avaliação a serem desenvolvidos prevê que as propostas apresentadas estejam pautadas em algumas linhas norteadoras que obedecem aos princípios do SUS e às diretrizes do PSF enquanto estratégia prioritária para a organização das práticas e serviços de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2004).

São US\$ 17 milhões destinados às SES para a primeira fase do projeto, e alguns indicadores estão sendo negociados com vistas a garantir recursos financeiros durante todo o período de vigência do PROESF - cerca de seis anos, tempo suficiente, a nosso ver, para consolidação desta ação com o desenvolvimento de estratégias de sustentabilidade e construção de estruturas permanentes de avaliação no âmbito dos Estados e a conseqüente capilarização da idéia para as gestões municipais, guardando coerência com os estágios de desenvolvimento, amadurecimento e capacidades técnicas evidenciadas pelo processo de descentralização da gestão do SUS.

A construção e o fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação, com vista à sua inserção firme e decisiva nas práticas de saúde, seja do cuidado ou da gestão, remetem-nos a longos caminhos a serem percorridos. Entretanto, o que aqui está se apresentando e pondo-se em discussão é uma estratégia clara, objetiva, como forma de trazer

à prática do cotidiano, ao campo do real e com direcionalidade às necessidades de saúde da população as reflexões e proposições teóricas da disciplina avaliação, tomando como referência desde as clássicas abordagens concebidas por Donabedian (1988) até as proposições de sua aplicabilidade por alguns autores que vêm contribuindo de forma importante para essa construção (Chen, 1990 *apud* Contandriopoulos et al., 1997; Vieira-da-Silva & Formigli, 1994; Hartz, 1999; Patton, 2001; Scriven, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BODSTEIN, R., 2002. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 401-412.

CHEN, T. H., 1990. *Theoty-Driven Evaluations*. Beverly Hills: Sage.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z.M.A. Hartz, org.), pp. 29 – 47, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

DONABEDIAN, A., 1988. The Quality of Care – How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12): 1743-1748.

HARTZ, Z. M. A. (org.), 1997. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco.

HARTZ, Z. M. A., 2000. Pesquisa em avaliação da Atenção Básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*, 21: 29-35.

HARTZ, Z. M. A., 2002. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 419-421.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. & CARVALHO, A. L. B., 2000. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, 21: 15-28.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. *Saúde da Família no Brasil – Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/Sistema Único de Saúde (NOAS/SUS)*. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. *Planos Estaduais para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica – Diretrizes e Orientações*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (Versão Preliminar).

PATTON, M. Q., 2001. Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality – Lessons Learned. *American Journal of Evaluation*, 22(3): 329-336.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L. & KON, R., 1999. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 221-242.

SCRIVEN, M., 2001. Evaluation: Future Tense. *American Journal of Evaluation*, 22(3) 301-307.

SOUZA, H. M., 2002. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 6: 10-15.

STEVENSON, J. F.; FLORIN, P.; MILLS, D. S. & ANDRADE, M., 2002. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. *Evaluation and Program Planning*, 25: 233-243.



INSTITUIÇÕES DE ENSINO E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:

o que mudou?

REGINA MARIA GIFFONI MARSIGLIA¹

RESUMO

No contexto atual, os professores ligados às instituições de ensino da área de saúde encontram-se pressionados por demandas de vários tipos e intensidades: por reformas curriculares; para desenvolvimento de pesquisas e publicação em revistas científicas; para oferecer respostas ao mercado de trabalho; e para participarem dos projetos de educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde, tendo em vista a consolidação do SUS e a expansão do PSF, de acordo as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde em 1995. Estas demandas, se, de um lado, encontram resistências nas instituições de ensino, por outro lado é possível, no mesmo contexto, apontar algumas possibilidades de mudança nas formas tradicionais de ensino na área.

¹ Prof^a. Adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Assistente Doutor do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas: Saúde e Sociedade. Membro do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo.

INTRODUÇÃO

Organizamos este artigo em três partes: as demandas atuais para as instituições de ensino, as diretrizes do Programa de Saúde da Família e os desafios e possibilidades de o PSF introduzir mudanças nas instituições de ensino. Vamo-nos deter um pouco mais na apresentação do contexto da última década, porque nestes últimos anos as instituições de ensino de nível superior, particularmente as direcionadas para a formação dos profissionais de saúde, vêm recebendo múltiplas demandas da sociedade e do Estado.

As instituições de ensino e, em especial, as da área de saúde vivem hoje pressionadas por demandas de várias ordens, muitas vezes de caráter conflituoso entre si, às quais elas têm respondido de alguma maneira, demandas e respostas que podem esclarecer o pensamento dominante entre os professores e dirigentes das unidades, e mais ainda sobre o valor que atribuem a determinadas práticas, comportamentos que desenvolvem, e as hierarquias de prioridades que estabelecem em face das exigências da sociedade e das autoridades governamentais.

No caso do Brasil, as demandas sobre as instituições de ensino nos últimos anos têm sido muito variadas, podem ser vistas como de quatro naturezas, de acordo com sua origem e exigências que estabelecem para docentes, dirigentes e alunos no interior das instituições de ensino. São elas:

- a) relativas à formação dos profissionais oferecidos à sociedade;
- b) relativas às necessidades de recursos humanos para o sistema de saúde em desenvolvimento no país;
- c) relativas à produção e divulgação do conhecimento na área de saúde;
- d) relativas aos interesses do mercado de trabalho e das indústrias de produção de medicamentos e equipamentos para a saúde.

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No que diz respeito à formação dos profissionais de saúde, dos anos 90 para cá intensificaram-se as propostas de mudanças curriculares e pedagógicas, demonstrando a insatisfação das autoridades educa-

cionais e da sociedade com o perfil do profissional formado com base no Modelo Flexneriano, dominante na formação em saúde nos últimos 50 anos (caracterizado, dentre outras, pelas tendências de separação da formação teórica da formação profissional, do ensino prático realizado exclusivamente nos hospitais de ensino, do uso de métodos passivos de ensino/aprendizagem, do espontaneísmo nas práticas docentes, da implantação de estruturas curriculares rígidas).

Sem precisarmos retroceder muito neste movimento de questionamento da formação na área de saúde, podemos mencionar, em nível internacional, a Declaração da Conferência sobre a formação médica, realizada em 1988 em Edimburgo, Escócia. Ao chamar atenção sobre as responsabilidades das escolas médicas, a Conferência recomendou em linhas gerais que:

1. A escola médica ampliasse os locais de ensino, usando recursos de saúde existentes na comunidade e não apenas os hospitais de ensino;
2. substituísse os métodos de ensino passivos pelos métodos da aprendizagem ativa, incluindo o estudo independente e métodos tutoriais;
3. assegurasse que os programas de ensino refletissem as prioridades de saúde nacionais e a disponibilidade de recursos;
4. organizasse os programas de ensino e sistemas de avaliação tendo em vista a aquisição de competências profissionais e valores sociais;
5. preparasse os professores como educadores, recompensando tanto sua formação pedagógica quanto a prática da pesquisa e o exercício da clínica;
6. complementasse a preparação dos futuros médicos, incluindo, além da sua preparação para o diagnóstico e tratamento de pacientes, o preparo para atuar na promoção e prevenção das doenças;
7. integrasse a formação científica com o preparo para a prestação de serviços, utilizando-se do método de resolução de problemas no treinamento clínico e na atenção à comunidade;
8. seleccionasse os estudantes de medicina não apenas pela habilidade intelectual e rendimento acadêmico, mas também pelas suas qualidades pessoais;
9. implementasse políticas de admissão às escolas médicas que harmonizassem o número de estu-

- dantes com as necessidades nacionais de médicos;
10. desenvolvesse experiências de aprendizagem, pesquisa e prestação de serviços com outros estudantes da área de saúde, tendo em vista prepará-los para o trabalho em equipe multiprofissional;
 11. definisse suas responsabilidades no que diz respeito à educação continuada e destinasse recursos para estas ações;
 12. estimulasse a cooperação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, e de outros órgãos existentes, visando ao desenvolvimento conjunto de políticas, planejamento de ações, implementação de programas e sua avaliação.

No Brasil, é possível observar também a ocorrência de movimentos da sociedade e do governo, sinalizando para a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde. No interior das instituições de ensino, ainda que de forma limitada, ocorreram algumas experiências inovadoras na formação dos alunos, encabeçadas por professores das áreas de medicina preventiva/social e pediatria, e, ocasionalmente, apoiadas por alguns docentes das áreas de ginecologia e obstetrícia e de psiquiatria. Nessas condições, as mudanças tenderam a marginalizar-se no interior das escolas, e por isso mesmo tornaram-se limitadas na sua capacidade de transformar a formação dos profissionais como um todo.

Tais propostas ficaram conhecidas, nos anos 70, como de ensino Extramuros, isto é, ocorriam em serviços de saúde fora do hospital de ensino, embora fossem serviços com forte ligação com as instituições de ensino, como é o caso dos Centros de Saúde Escola, no Estado de São Paulo. Nos anos 80, desenvolveram-se experiências mais articuladas entre as instituições de ensino e os serviços públicos de saúde, as propostas de Integração Docente Assistencial- IDA (apoiadas pelo MEC e pela Organização Pan-americana de Saúde). E, nos anos 90, emergiram propostas que tinham como objetivo principal desenvolver articulações de caráter mais orgânico, entre instituições de ensino, serviços públicos de saúde e movimentos organizados da população, con-

substanciadas nas Propostas de Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade- UNI, apoiados pela W.K. Kellogg Foundation, em seis instituições de ensino: Universidade Nacional de Brasília (UNB), Universidade Federal da Bahia (UFBa), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual de São Paulo (Campus de Botucatu) e Faculdade de Medicina de Marília (FAMENA/SP). Em 1995, as experiências IDA e UNI se organizaram na Rede UNIDA, que passou a dedicar-se primordialmente ao estudo das questões relacionadas à formação dos profissionais de saúde, tendo em vista a sua transformação.

Além destas experiências, vários seminários, encontros e oficinas promovidos pelas entidades dedicadas às discussões e elaboração de propostas para o ensino de medicina, de enfermagem e odontologia, como a Associação Brasileira de Educação Médica- ABEM, a Associação Brasileira de Ensino de Enfermagem- ABEn e a Associação Brasileira de Ensino de Odontologia- ABENO, para citar apenas as mais atuantes na área, demonstravam preocupações com a avaliação das instituições de ensino, com os modelos de formação dos profissionais de saúde e com a qualidade da formação que os cursos ofereciam. Na medicina, em 1991 foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico- CINAEM, reunindo as entidades ligadas ao ensino universitário, entidades representativas de docentes e alunos, entidades médicas de representação sindical, reguladoras e associativas, e a partir de 1999, com representantes dos gestores do SUS (Merhy e Aciole, 2003). Os movimentos, as entidades e a Rede UNIDA articularam-se ao final dos anos 90 com o intuito de incentivar as discussões, as avaliações do ensino na área de saúde e oferecer alternativas para as mudanças que se faziam necessárias.

Esta movimentação na área de educação para os profissionais de saúde apontaram, ainda nos anos 90, para a importância da adoção de novas estratégias pedagógicas e introdução de metodologias de ensino ativas, para a necessidade de estabelecerem-se rela-

ções horizontais entre docentes, discentes, profissionais de saúde e usuários dos serviços, visando assegurar que as escolas assumissem suas responsabilidades perante a sociedade. Nesta perspectiva, encontramos a defesa da introdução da Metodologia da Problematização (mais utilizada no ensino da enfermagem); as preocupações com as questões relativas aos processos de ensino-aprendizagem; com os modelos de estruturas curriculares, com as propostas pela Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou PBL), presentes nas experiências de reforma curricular dos cursos de medicina, em Marília/SP (FAMENA) e em Londrina (UEL); ou ainda nas experiências de mudança dos currículos tradicionais para torná-los mais centrados nos conhecimentos e habilidades essenciais para a formação dos futuros profissionais, como as propostas de Currículos Nucleares, das Faculdades de Medicina da USP e da UNIFESP, apenas para citar alguns exemplos.

Do lado governamental, a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, objeto de longa discussão nos anos 90, buscou assegurar maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras e superar as tendências de formação estabelecidas na Lei de Diretrizes e Bases anterior, que se centrava na perspectiva de implantação de Currículos Mínimos, obrigatórios para os cursos em todo o território nacional. As Associações de Ensino da área de saúde, junto com a Rede UNIDA, passaram a impulsionar as discussões sobre as diretrizes curriculares para os cursos da área de saúde no país, logo após a publicação do Edital MEC/Sesu 04/97.

As propostas dessas entidades e dos movimentos da sociedade civil foram incorporadas nos seus aspectos fundamentais pelo Conselho Nacional de Educação e apresentadas em audiência pública, em 26 de junho de 2001, em Brasília, aos representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (Sesu), aos Pró-Reitores de Graduação das Universidades, aos presidentes dos Conselhos Profissionais, aos presidentes das Associações de Ensino da

área de saúde e presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC. Nas palavras do professor Efrem de Aguiar Maranhão (Almeida e Maranhão, 2003), presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação e relator das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Saúde, este procedimento contribuiu para uma construção coletiva e consensada das Diretrizes Curriculares, entre instituições de ensino e o sistema de saúde (p. XV).

*Desenvolver a capacidade de estabelecer
relações horizontais com os demais
profissionais e trabalhadores de saúde
e as diferentes camadas sociais que
acorrem aos serviços de saúde,
enfrentando as formas tradicionais e
autoritárias de relações que
predominam no interior da área da saúde*

A partir de novembro de 2001, o Conselho Nacional de Educação passou a apresentar as resoluções que instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em: Enfermagem, Medicina e Nutrição (novembro de 2001), Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Odontologia e Terapia Ocupacional (fevereiro de 2002), Biomedicina (fevereiro de 2003) e, nos meses subsequentes, as Diretrizes para os cursos de Educação Física e Psicologia (Rede UNIDA, 2003). Na formação profissional para o exercício dessas doze profissões classificadas como da área de saúde, espera-se que sejam asseguradas as mesmas competências e habilidades gerais, além daquelas específicas de cada profissão.

As competências e habilidades gerais a serem compartilhadas por todos os formados na área de saúde são as seguintes:

- I. Atenção à Saúde: ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- II. Tomada de decisões: uso apropriado da força de trabalho, medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas, considerando sempre a eficácia e custo-efetividade;
- III. Comunicação: acessibilidade e confidencialidade das informações na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral, em todas as formas de comunicação, verbal, não-verbal, escrita e oral, domínio de pelo menos uma língua estrangeira, de tecnologias de comunicação e informação;
- IV. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, o que envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicação e gerenciamento efetivo e eficaz;
- V. Administração e gerenciamento: aptidão para o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação;
- VI. Educação permanente: capacidade para aprender continuamente, aprender a aprender e assumir responsabilidades com sua própria educação e com o treinamento das futuras gerações de profissionais; benefício mútuo no relacionamento entre futuros profissionais e os profissionais dos serviços; formação de redes nacionais e internacionais de cooperação.

Como é possível depreender das competências e habilidades gerais que todos os profissionais de saúde devem desenvolver, a formação nos cursos de graduação está baseada em uma concepção ampla de saúde, superando a visão biologicista; aponta para um campo abrangente de responsabilidades a assumir, que não se limitam apenas a tratar doentes, mas envolver-se profundamente também com a promoção e prevenção da saúde de indivíduos e populações, mostrando a necessidade de uma integração entre a abordagem clínica e a epidemiológica.

Inclui também o preparo dos futuros profissionais para atuar nos vários níveis de atenção, bem como

a capacidade para gerenciar e administrar recursos e serviços de saúde, a capacidade de decidir sobre o melhor uso da tecnologia, dos medicamentos para cada situação, avaliando sempre o custo/benefício de cada conduta.

Desenvolver a capacidade de estabelecer relações horizontais com os demais profissionais e trabalhadores de saúde e as diferentes camadas sociais que acorrem aos serviços de saúde, enfrentando as formas tradicionais e autoritárias de relações que predominam no interior da área da saúde, e entre profissionais e usuários que demandam os serviços, especialmente os serviços públicos de saúde, em sociedades como a nossa, caracterizadas por grande desigualdade social.

E, ainda, a capacidade de manter-se atualizado e assumir responsabilidades com a educação permanente de todos os trabalhadores e profissionais de saúde, e não apenas com os matriculados nos cursos de graduação, inseridos nas residências e especializações ou pós-graduação.

Portanto percebe-se nestas diretrizes a tentativa de ultrapassar várias formas de fragmentação, rupturas e distanciamento, seja em nível do pensamento científico, da prática profissional, das relações acadêmicas, profissionais e sociais.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA E PUBLICAÇÕES NA VIDA ACADÊMICA

Um segundo grupo de demandas que incidem sobre as instituições de ensino são as exigências da produção de novos conhecimentos e da divulgação de seus resultados, o que tem recebido conceito maior quando da avaliação da carreira docente, pelo MEC e MCT, do que o envolvimento do professor com a formação de futuros profissionais. Em certo sentido, a produção científica, a pesquisa, a concentração da produção em certas linhas de pesquisa e a publicação de artigos em revistas classificadas em nível A internacionalmente têm feito com que muitos docentes passem a considerar mais importante a pesquisa e comunicação de seus resultados à comunidade cien-

tífica do que o ensino nos cursos de graduação ou a educação permanente.

O Ministério da Educação periodicamente avalia as instituições de ensino, verificando sua organização curricular, o sistema de avaliação utilizado, as condições de ensino oferecidas, as possibilidades de estágios práticos, os laboratórios, bibliotecas, o número de leitos disponíveis para o ensino, os locais de realização dos estágios em atenção básica. Tem dado importância à qualificação do corpo docente, valorizando particularmente sua titulação acadêmica e a publicação de artigos e trabalhos. O resultado obtido na avaliação das condições de ensino e na avaliação da titulação e produção do corpo docente determina a classificação de cada instituição de ensino no conjunto do seu universo.

O mesmo tipo de avaliação dos docentes e das condições de ensino e pesquisa na pós-graduação é realizado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES, acentuando-se o interesse pela produção científica do professor, o volume e a assiduidade das publicações, os núcleos de pesquisa que coordena, as linhas de pesquisa que desenvolve, orientações de mestrado e doutorado que desenvolve, bancas de avaliação de teses e dissertações das quais participa. Essas informações têm que ser prestadas, anualmente, pelo próprio docente para a avaliação dos programas de pós-graduação. Este sistema de avaliação externa, se, de um lado, tem contribuído para melhorar o desempenho dos programas de pós-graduação, de outro, tem afastado muitos docentes das tarefas ligadas à graduação e provocado o desinteresse pela educação permanente.

EXIGÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO

Um terceiro grupo de demandas sobre as instituições de ensino e seu corpo docente decorre do mercado de trabalho e da atuação das próprias organizações de representação das categorias profissionais. O mercado de trabalho profissional, muitas vezes influenciado pelos interesses das indústrias de equipamentos médicos e de medicamentos, pressiona as profissões

para que incorporem incessantemente novas tecnologias e novos conhecimentos, e acabam pressionando os profissionais para especializarem-se.

Os profissionais passam a preocupar-se mais com o seu preparo para a incorporação de novas tecnologias, correndo o risco de resvalarem para atitudes mais tecnicistas e deixarem para segundo plano o domínio das competências e habilidades que concretizam o exercício das profissões

Por seu lado, nesse mercado competitivo, as associações profissionais de especialistas passam a fazer exigências cada vez maiores para certificar os que as procuram, e pressionam também para que sejam criadas continuamente novas especialidades, por subdivisão das anteriores. De certa forma podemos dizer que isto leva a uma supervalorização do uso de novas tecnologias, a uma visão tecnicista e desintegrada e fragmentada sobre as questões de saúde, deixando de lado na formação, o desenvolvimento do conjunto de competências que definem a prática do profissional. Os profissionais passam a preocupar-se mais com seu preparo para a incorporação de novas tecnologias, correndo o risco de resvalarem para atitudes mais tecnicistas e deixarem para segundo plano o domínio das competências e habilidades que caracterizam o exercício das profissões: a capacidade de desenvolver o raciocínio clínico e epidemiológico, de relacionar informações de várias origens, de tomar decisões sobre a conduta adequada àquele caso ou a àquela situação concreta, com todas as suas nuances, particularidades e determinantes. De certa forma o exercício da profissão perde o seu caráter de “ofício”, e o profissional se reduz a um “aplicador” de técnicas, sem muito discernimento.

As próprias categorias profissionais podem reforçar estas tendências, na medida em que o prestígio do profissional é alimentado no seu círculo de convivência e nas instituições acadêmicas, que se tornam veiculadoras destes elementos, avaliados como características muito valorizadas. Por outro lado, em nível das representações sociais, muitos profissionais, principalmente os ligados às atividades docentes, mantêm o ideal da sua profissão como a de um profissional liberal de sucesso, especializado, com domínio das novas tecnologias e grande prestígio. Na realidade, no entanto, esta possibilidade vem se tornando cada vez mais restrita, ocorrendo de fato o assalariamento dos profissionais, seja no mercado de trabalho ligado aos serviços públicos de saúde, que hoje responde pela maior parte dos empregos na área de saúde, seja do mercado de trabalho ligado aos serviços privados de saúde.

SUS E O PSF: RELAÇÕES COM AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Um quarto grupo de pressões advém do sistema de saúde, em especial do Sistema Único de Saúde- SUS, nos vários níveis da administração pública federal, estadual e municipal. O Movimento da Reforma Sanitária, movimento social nascido na área da saúde nos anos 80 e responsável em grande parte pela aprovação da proposta de criação do SUS na Constituição Federal de 1988, baseou-se em um conceito amplo de saúde, resultante das condições de vida e trabalho da população, e foi bastante crítico sobre a formação dos profissionais de saúde, da prática dos profissionais, bem como defensor do controle do sistema de saúde, em todos os seus níveis, pela população organizada em Conselhos de Saúde.

As diretrizes a serem seguidas na implantação do SUS apontam para a universalidade e equidade na atenção à saúde para todos os segmentos sociais da população, em todas as regiões do país; para a descentralização da prestação de serviços na vertente municipalista; para a integralidade da atenção; para a hierarquização e articulação entre os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, primária, secundária, terciária e quaternária. As instituições

de ensino estavam muito distantes dessas diretrizes: organizadas segundo estruturas curriculares tradicionais, métodos pedagógicos passivos, relações verticalizadas entre professores, alunos e pacientes, bem como na defesa de valores liberais para o exercício da profissão. Os serviços que elas utilizam para o ensino prático dos futuros profissionais, os Hospitais de Ensino e Clínicas-Escola, também eram organizados segundo princípios e concepções bem diferentes das diretrizes preconizadas pela 8a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília.

O Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, nas últimas décadas, vêm exigindo das instituições de ensino, principalmente as de nível superior, que elas assumam suas responsabilidades sociais para com a sociedade, colaborando para a educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde que já deixaram os bancos escolares. De certa forma, esta é uma cobrança para que as universidades desenvolvam outras atividades além daquelas decorrentes da formação de profissionais e desenvolvimento de pesquisas e conhecimento científico. Exige-se que as universidades assumam todas as suas funções de ensino, pesquisa e extensão/prestação de serviços à sociedade.

A partir dos anos 80, as propostas de Integração Docente Assistencial (IDA) passaram a exigir uma ligação mais orgânica das instituições formadoras na área da saúde com os serviços de saúde e com os trabalhadores da rede pública de serviços. Além de formar profissionais de nível universitário, especialistas, mestres e doutores, as universidades deveriam colaborar para o processo de educação permanente de todos os profissionais e trabalhadores de nível médio e elementar que trabalham no setor saúde. Esperava-se que as instituições de ensino, além de ministrarem aulas, cursos, treinamentos, “abrissem” os departamentos e clínicas do Hospital de Ensino para que profissionais da rede pública de serviço ali fizessem estágios, frequentassem as reuniões científicas, os encontros e jornadas acadêmicas.

A análise de 36 experiências IDA desenvolvidas no Brasil, relacionando universidades de todas as regiões com os sistemas de saúde locais, principalmente através dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, farmácia e bioquímica e fisioterapia (Marsiglia, 1995), conclui que houve um certo desenvolvimento da articulação entre as universidades e os serviços no setor saúde, com reconhecimento mútuo de suas diferentes contribuições, da importância da cooperação entre os dois tipos de instituição, e redução de conflitos e pré-conceitos de parte a parte.

Nos anos 90, as Propostas UNI foram mais além, passaram a incentivar relações horizontais entre universidades, serviços e a comunidade organizada, a criação de colegiados com a participação de representantes dos três segmentos, universidade, serviços e população organizada, fóruns estes em que devem ser discutidos assuntos relativos à formação dos futuros profissionais, a pesquisa, a organização dos serviços e a educação continuada dos profissionais.

Com a criação do Programa de Saúde da Família em 1995 e a sua definição como política estratégica para a implantação do SUS, considerando-se que não se dispunha no país de recursos humanos com o perfil exigido para a implantação do programa, o Ministério da Saúde passou a incentivar a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal de Saúde da Família. Nestes espaços, passou-se a desenvolver experiências de parcerias entre o poder público e as instituições de ensino, com a definição conjunta de programas para a preparação dos profissionais que devem trabalhar nas Equipes de Saúde da Família, em todos os níveis necessários: desde os Módulos Introdutórios sobre o Programa de Saúde da Família, seus princípios, diretrizes, organização e estratégias de atuação, para todos os membros das equipes, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os Cursos de Capacitação para Médicos e Enfermeiros nos programas de Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto, do Idoso, e algumas vezes de Saúde Mental, Saúde Bucal. Em alguns

Pólos também organizaram programas específicos de capacitação para auxiliares de enfermagem e para os agentes comunitários de saúde. E o desenvolvimento dos primeiros Cursos de Especialização em Saúde da Família para Médicos e Enfermeiros, que no caso do Estado de São Paulo começaram a funcionar em 2000. As diversas universidades foram convidadas a indicar representantes para esses Pólos, que passaram a participar não só da definição dos vários níveis de capacitação, como também a realizar os próprios cursos, treinamentos e preceptorias às equipes que estavam se formando em vários municípios.

*Em sociedades muito desiguais
como a brasileira, não basta a
formação dos profissionais para
o exercício da medicina de família, na
perspectiva em que foi implantada
em países europeus; provavelmente
a formação não se esgotará
em nível de graduação*

O Ministério da Saúde convidou também as instituições de ensino para ministrar cursos de preparação dos novos secretários de saúde que assumiram o cargo em 2001, após as eleições municipais de 2000, no sentido de dar maior organicidade à implantação do SUS e sustentação técnica e política ao processo de municipalização da atenção à saúde no país. Este convite representou um novo desafio para as universidades e foi reforçado por outro convite às universidades em 2002, para ministrarem Cursos de Especialização para os gestores do sistema de saúde, com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde.

Outros convites partiram também do Ministério da Saúde para as instituições de ensino nestes últimos anos: discutir e implantar uma residência multiprofissional (médicos e enfermeiros) para Saúde da

Família, participar da preparação de médicos e enfermeiros para o Programa de Interiorização de Trabalhadores da Saúde-PITS, para as regiões Norte e Nordeste, da capacitação de auxiliares de enfermagem em todo o país, através do Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem- PROFAE, e ainda para participarem da capacitação dos Conselheiros de Saúde.

No Brasil, é possível observar também a ocorrência de movimentos da sociedade e do governo, sinalizando para a necessidade de mudanças na formação dos profissionais de saúde

Em 2003, após a mudança do governo federal, o Ministério da Saúde apresentou a proposta de criação dos Pólos de Educação Permanente às universidades, solicitando sua colaboração não apenas para a capacitação das Equipes de Saúde da Família, mas também para a educação permanente de todo o pessoal dos serviços públicos de saúde, em todas as áreas e em todos os níveis de atenção.

Além do convite às instituições de ensino para a instauração de parcerias na capacitação dos profissionais, a própria estruturação do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, na segunda metade dos anos 90, acaba por ter alguma influência na formação dos profissionais. Definindo as diretrizes do PSF, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, o Ministério da Saúde interfere no mercado de trabalho, e, por decorrência, na formação dos recursos humanos para o setor.

As diretrizes operacionais para a implantação do PSF são muito diferentes daquelas que regem a organização dos serviços-escola e hospitais de ensino: caracterizam a Unidade de Saúde da Família- USF como

porta de entrada do Sistema Local de Saúde, questão que já fora colocada para as Unidades Básicas de Saúde, mas que apresentava dificuldades na sua execução; a adscrição da clientela e definição de um território de abrangência e responsabilização dos profissionais; o cadastramento prévio das famílias através de visitas domiciliares, com observação das condições de vida e composição familiar; definição do diagnóstico das condições sociais e necessidades de saúde das famílias, que posteriormente serão objeto da atenção das Equipes de Saúde da Família.

A composição das Equipes de Saúde da Família exige no mínimo a presença de um médico de família ou generalista (M.S.1997), um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que não fazem parte do rol de profissionais e trabalhadores de saúde, mas são selecionados entre as pessoas que residem na área de abrangência da UFS. As atribuições dessas equipes são bastante amplas e visam proporcionar uma atenção integral às famílias que estão sob sua responsabilidade, identificar os problemas de saúde prevalentes, desenvolver processos educativos em saúde, dar ênfase às ações de prevenção e promoção da saúde, incentivar ações comunitárias e intersetoriais, bem como fomentar a participação da população local na solução de seus problemas e no exercício do controle social sobre os serviços que recebe.

Além dessas atribuições, o PSF exige novos conhecimentos de suas equipes e uma perspectiva integrada na análise dos problemas e no encaminhamento das soluções. Propõe, ainda, o estabelecimento de relações horizontais no interior das equipes, reconhecendo o conhecimento de cada membro e buscando, através do diálogo, a definição de uma ação conjunta e não apenas justaposta de todos os integrantes. Nesta perspectiva, é possível pensar que, em última instância, propõe-se, em nível epistemológico, a ruptura com o paradigma cartesiano do conhecimento, baseado na segmentação e especialização do conhecimento.

Buscando-se uma compreensão interdisciplinar dos problemas de saúde, em que os profissionais tenham o domínio de uma série de conhecimentos que podem ser compartilhados, preocupando-se mais em estabelecer interações entre os “achados”, mais preocupados com a “abrangência” do saber do que com o “aprofundamento” e a especialização. Portanto, a admissão de outra forma de conhecimento que também contribui para o avanço da compreensão da realidade como um objeto complexo, ou, no limite, na perspectiva de se poder chegar a um conhecimento totalizante e transdisciplinar, como apontam correntes do pensamento pós-moderno.

Em nível das práticas, a possibilidade de se ultrapassar a divisão sociotécnica do trabalho, de forte influência taylorista/fordista da sociedade capitalista contemporânea, dominante em nossa sociedade e nos nossos serviços de saúde, e que levam à alienação e compartimentalização do trabalho. E, no âmbito das relações sociais, buscar uma alternativa às tradicionais relações hierárquicas e autoritárias que predominam no interior das equipes multiprofissionais da área de saúde, e na relação das equipes com a população.

Podemos identificar nesta proposta alguns indícios da influência do Agir Comunicativo de Habermas, bem como uma possibilidade da contribuição de conhecimentos de várias áreas da ciência, e mesmo de conhecimentos de origem popular, quando se trata da contribuição do Agente Comunitário de Saúde, detentor de um conhecimento mais ligado ao senso comum. O desenvolvimento de formas coletivas e cooperativas na análise da realidade, nas decisões e planejamento das ações, na execução e avaliação dos resultados. De certa forma, a possibilidade de todos os membros da equipe poderem compartilhar conhecimento, poder e responsabilidades.

A perspectiva de se estabelecerem relações mais próximas e horizontais entre as Equipes de Saúde da Família e a população, a valorização do vínculo profissionais/famílias atendidas, bem como o incentivo à participação comunitária e desenvolvimento do controle social sobre os serviços de

saúde, também colocam em xeque as tradicionais relações distanciadas, sem envolvimento emocional, tecnicistas e autoritárias, tão presentes nos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, nas últimas décadas, vêm exigindo das instituições de ensino, principalmente as de nível superior, que elas assumam suas responsabilidades sociais para com a sociedade, colaborando com a educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde

A formação que as instituições de ensino oferecem aos futuros profissionais de saúde está muito distante destas proposições, e mesmo as propostas que tentam evitar as especializações precoces e formar profissionais de perfil “generalistas”, como é costumeiramente apregoado pelos professores que não querem submeter-se às imposições do mercado e da incorporação indiscriminada de novas tecnologias, talvez não sejam suficientes para satisfazer às diretrizes apontadas pelo PSF.

Em sociedades muito desiguais como a brasileira, não basta a formação dos profissionais para o exercício da medicina de família, na perspectiva em que foi implantada em países europeus, no Canadá e em Cuba, e provavelmente a formação não se esgotará em nível de graduação, mesmo que as instituições de ensino passem por grandes transformações para formar profissionais “generalistas”. Outros conhecimentos, competências e habilidades provavelmente precisarão ser desenvolvidos após a graduação, em nível de especialização.

DIFICULDADES E POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO DA ÁREA DE SAÚDE

A título de conclusão, considerando-se o contexto em que se inserem as instituições de ensino, as demandas múltiplas a que estão sujeitas em nossa sociedade, os múltiplos estímulos e exigências que incidem sobre o exercício da docência na área da saúde, para afirmar se o PSF tem potencial para impulsionar mudanças nas instituições de ensino voltadas para a formação de profissionais de saúde, devemos partir do cotejamento entre as dificuldades e as possibilidades na realidade atual.

COMO DIFICULDADES APONTAMOS:

1. a força hegemônica do pensamento cartesiano e do ensino disciplinar nas escolas; os ideais do exercício liberal das profissões, cada vez mais difícil no mercado de trabalho; o predomínio de padrões autoritários nas relações sociais no interior das instituições de ensino da área de saúde. O autoritarismo impede a aprendizagem criativa e ativa dos estudantes, o reconhecimento dos conhecimentos produzidos em outras áreas que não a biológica, o reconhecimento do conhecimento produzido na prática dos serviços de saúde não ligados diretamente às instituições de ensino e o reconhecimento do conhecimento advindo da experiência vivida pela população, que não se pauta obviamente pelos cânones do conhecimento científico;
2. a idéia, bastante arraigada em muitas instituições de ensino da área de saúde, de que a docência não é uma atividade particular, que exige preparo especial do professor: acredita-se que ensinar é decorrente da capacidade de atuação profissional do professor ou do seu desempenho no campo da ciência;
3. a multiplicidade de demandas que chegam às instituições de ensino e a seus docentes: formar alunos como exige o MEC, realizar pesquisas e divulgar os resultados nos meios acadêmicos e nos canais de comunicação do conhecimento científico, atendendo às demandas da CAPES (MEC) e do CNPq (MCT), participar do processo de educação permanente e dos projetos de capacitação e treinamento dos profissionais e trabalhadores de saúde,

como propõe o Ministério da Saúde. Na prática, o que acaba ocorrendo é que parte dos professores concentra suas atividades no ensino dos futuros profissionais, outros se sensibilizam com as necessidades de educação permanente dos que já estão nos serviços de saúde, e outros ainda concentram sua energia no ensino da pós-graduação, nas pesquisas e publicação de artigos. Mesmo afirmando que a formação dos futuros profissionais é função precípua das instituições de ensino, o próprio MEC acaba por avaliar mais positivamente a produção científica e a titulação dos docentes do que sua dedicação ao ensino ou contribuição para a educação permanente dos profissionais que já deixaram os “bancos escolares”. As demandas múltiplas e a avaliação externa das respostas dadas pelas instituições de ensino acabam por desenvolver um conjunto de pressões sobre as instituições e os docentes, muitas vezes de sinais contrários, e que levam a efeitos variados e nem sempre desejados ou avaliados como positivos.

Dentre as possibilidades de o PSF influenciar mudanças nas instituições de ensino, podemos apontar para:

1. o fato de o Ministério da Saúde estar incentivando a alternativa de inserção dos profissionais no mercado de trabalho através da participação nas equipes de saúde da família; concedendo incentivos financeiros diretos aos profissionais, através de salários um pouco mais altos que o mercado oferece; repasses de recursos financeiros aos municípios para implantação do PSF; incentivo para que as Secretarias de Estado estabeleçam e consolidem relações de parceria com as instituições de ensino, para a preparação dos profissionais já formados e que estão compondo as equipes de Saúde da Família, atualmente, através dos Pólos de Educação Permanente;
2. o incentivo à regulamentação da residência médica em Saúde da Família e Comunidade pela Comissão Nacional de Residência Médica do MEC e o incentivo para a implantação de residências multiprofissionais, para médicos e enfermeiros em Saúde da Família;

3. as pressões dos movimentos que buscam mudanças na formação dos futuros profissionais, quer tenham partido de entidades de representação interessadas nas questões educacionais na área de saúde, quer estejam ocorrendo por orientação do MEC quanto ao cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação nos Cursos de Graduação das doze profissões de saúde, vão na mesma direção das diretrizes e exigências do PSF para os futuros profissionais;
4. a permanência de representações sociais sobre o exercício da profissão na perspectiva apontada pelas diretrizes do PSF. Alguns professores, mesmo que tenham desenvolvido sua vida acadêmica no sentido de abraçar uma especialidade, ainda guardam como imagem-objetivo da profissão ideais que condizem com as diretrizes do PSF e expressam o desejo de que os futuros profissionais os possam realizar, mesmo que eles próprios não os tenham realizado;
5. o contato dos docentes com os profissionais das Equipes de Saúde da Família nos Cursos de Capacitação básica para o PSF, ou nos Cursos de Especialização para Médicos e Enfermeiros para a Saúde da Família realizados pelas instituições de ensino, tem produzido efeitos interessantes: exige dos docentes uma adaptação às necessidades destes novos "alunos", o que nem sempre professores muito especializados e acostumados aos cursos de graduação ou de pós-graduação conseguem fazê-lo. No entanto, nestas experiências têm aparecido oportunidades para os docentes se inteirarem da prática que os profissionais desenvolvem no PSF, e muitas vezes eles têm manifestado um sentimento de surpresa positiva, com o interesse que os profissionais do PSF demonstram nas aulas, bastante diferente da postura de outros alunos com quem o docente convive;
6. a possibilidade de desenvolvimento de um tipo diferente de relação entre os profissionais especializados e os da atenção primária, relações não estanques, não conflituosas, ou objeto de disputas e preconceitos. Considerando-se as

tendências atuais de a atenção especializada realizar-se muito restritamente nos serviços de Alta Complexidade, reduzindo-se ao mínimo a passagem dos pacientes por esses níveis, o apelo à atenção ambulatorial, mais próxima da residência do paciente, ou mesmo a opção pela atenção domiciliar poderão no futuro ensejar um trabalho de caráter mais colaborativo e, talvez, até associado, entre os profissionais do PSF e os especialistas, com ganhos evidentes para ambos e para o paciente. Mas também com novas exigências para a formação dos profissionais da Atenção Básica, que embora básica vem se tornando mais complexa.

Como se vê, os desafios são muitos: é difícil afirmar no momento que o PSF esteja influenciando mudanças significativas no interior das instituições de ensino, mas há possibilidades e elas também estão presentes neste processo, rico, complexo e multifacetado que ocorre na saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.J. e MARANHÃO, E. (2002) – Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área de Saúde. Londrina/Paraná: Rede UNIDA. p.89
- MARSIGLIA, R.M.G. (1995)- Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: HUCITEC. p.118
- MERHY, E.E. e ACIOLE, G.G. (2003)- Uma Nova Escola Médica é Possível? Aprendendo com o CINAEM as Possibilidades de Construção de Novos Paradigmas para a Formação em Medicina. Revista Pro-Posições/Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação-Campinas: v.14, n.1 (40), jan. /abr. 2003, p.53-68.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997)- Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. p.36.



O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS GRANDES CIDADES:

análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde

ANNA MARIA CHIESA¹
LISLAINE APARECIDA FRACOLLI²

RESUMO

O presente artigo discute a pertinência e as potencialidades do trabalho dos agentes comunitários de saúde inseridos em equipes de saúde da família, nas grandes cidades. Inicialmente, resgata-se o processo histórico de constituição do Sistema Único de Saúde, as novas demandas para o nível básico de atenção à saúde geradas a partir de sua operacionalização e a implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família. São apresentadas e discutidas as atribuições desses profissionais que atuam em grandes cidades.

Destaca-se a necessidade de que se ocupem, prioritariamente, da dimensão social e coletiva do trabalho em saúde para contribuir com a mudança do foco biomédico para a vigilância da saúde no modelo assistencial dos serviços da Atenção Básica. O artigo apresenta, ainda, os conceitos do campo da Promoção da Saúde para fundamentar tal proposição.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde, Programa Saúde da Família, Atenção Básica, Promoção da Saúde.

¹ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP/ Grupo de Pesquisa (CNPq) Modelos technoassistenciais e a Promoção da Saúde.

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP/ Grupo de Pesquisa (CNPq) Modelos technoassistenciais e a Promoção da Saúde.

OS DESAFIOS DA SAÚDE A PARTIR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) como trabalhadores nas equipes de saúde da família requer uma discussão que remonta à conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) na história das políticas públicas brasileiras.

Após uma intensa mobilização social que reuniu setores populares e trabalhadores da área da saúde, a Constituição brasileira promulgada em outubro de 1988 propôs a constituição do SUS. Este estabelece que a Saúde é “direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” da saúde⁽¹⁾. A aprovação desse texto legal foi, sem dúvida, um grande avanço na formulação de uma política pública de saúde que aponta para o compromisso do Estado em responsabilizar-se por promover as condições necessárias para a saúde dos cidadãos.

Trata-se de uma política pública abrangente que, além do direito à saúde, tem como princípios norteadores a participação da população na gestão dos serviços, a integralidade e a equidade das ações.

O processo de implementação do SUS vem acumulando experiências positivas no território nacional, sobretudo em relação à descentralização político-administrativa da rede de serviços; à garantia de acesso universal ao sistema público, com efetiva ampliação de cobertura da assistência à saúde, tanto na rede básica como nos serviços especializados; e ao fortalecimento dos mecanismos de legitimação da participação popular, através da criação de Conselhos Gestores nas diferentes esferas de administração dos serviços.

No entanto, ainda persistem inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e integralidade da assistência em saúde, principalmente pela falta de um modelo assistencial que contemple a incorporação dessa nova responsabilidade do setor saúde. A concretização da equidade e da integralidade, entre outros aspectos, a

estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco da atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemple a modificação dos determinantes das condições de saúde de uma dada população.

Em 1991, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma estratégia de implementação do SUS, que desenvolve atividades relacionadas à prevenção e educação em saúde, implantado principalmente em municípios de baixa densidade populacional⁽²⁾. No PACS, o enfoque principal é a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do ACS como um trabalhador incumbido de desenvolver ações relacionadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, entre outras⁽³⁾.

O modelo assistencial proposto pelo PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência individual, como elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo, cujo foco se amplia para o indivíduo/família e a comunidade

Posteriormente, o Ministério da Saúde propõe o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia de reestruturação do modelo assistencial dominante, constituindo uma unidade prestadora de serviços e atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica. Essa transformação tem como finalidade integrar ações de promoção e prevenção da saúde, incrementar experiências de consórcios intermunicipais de saúde para racionalizar os recursos destinados à atenção secundária e terciária, buscar mecanismos para solucionar problemas das urgências ou emergências, promovendo a integração do SUS com as Universidades e definindo uma política de recursos humanos para atender às demandas de organização dos serviços de saúde⁽⁴⁾.

A implementação do PSF no Brasil vem ocorrendo desde 1993 através de uma equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACSs, contratados pelos municípios. Uma característica importante do PSF refere-se ao trabalho inter e multidisciplinar, pois não se trata do projeto “médico de família”, mas de uma equipe de saúde da família, na qual existe uma definição de competências e co-responsabilidade entre seus membros; em que as unidades de saúde às quais se vinculam essas equipes devem ser reorganizadas historicamente, teórica e administrativamente para comportar esse novo processo de assistir.

O modelo assistencial proposto pelo PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência individual, como elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo, cujo foco se amplia para o indivíduo/família e a comunidade.

Assim, o PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização com vista à integralidade e participação da comunidade^(2, 4, 5).

OS NOVOS DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA COM O SUS

Starfield (2002)⁽⁶⁾ aponta inúmeras vantagens obtidas nos países que fortaleceram a atenção básica nos seus sistemas de saúde após realizar um estudo comparando as estruturas de saúde de diferentes países e o impacto observado nos níveis de saúde de suas respectivas populações. Destaca que o problema decorrente da priorização da especialização é que, por maior que seja o investimento durante o episódio doente, este é centrado no aspecto curativo de determinado problema, distanciando das ações de prevenção e promoção da saúde que extrapolam aquela determinada doença. A autora argumenta que a obtenção da efetividade e equidade do sistema de saúde requer uma atenção básica fortemente estruturada. A finalidade precípua desse nível de atenção em saúde é atender aos problemas prevalentes em uma dada comunidade, através de serviços que ofereçam ações de caráter preventivo, de cura e reabilitação, voltados para maximizar a saúde e o bem-estar de uma população adscrita territorialmente.

A implantação do PSF nas grandes cidades lida com um desafio ainda mais complexo, pois se trata de mudar o modelo mais do que a ampliar a cobertura da Atenção Básica, visando sobretudo reverter a lógica da priorização das especialidades.

Diversos países têm adotado o modelo de saúde da família na estruturação de seus níveis básicos de atenção à saúde. Destacam-se o Reino Unido, Cuba, Espanha e Canadá. A estratégia brasileira, no entanto, é inovadora ao incorporar o ACS na equipe de saúde da família.

Historicamente, a ideia essencial que apóia a inserção do ACS nas ESF é de ser elo entre a comunidade e o sistema de saúde. As atribuições do ACS em grandes municípios indicam que a estes se imputa o papel de serem o elo entre a comunidade e os serviços de saúde; nos dizeres de Silva (2002), “o olheiro” da equipe na captação de necessidades, na identificação de prioridades e detecção de casos de risco para intervenção da equipe.

No PSF, estes novos profissionais de saúde foram incluídos nas equipes com uma proposta de trabalho na qual é possível identificar três dimensões: uma dimensão técnica, uma dimensão política e uma dimensão de assistência social.

A dimensão técnica relaciona-se, mais especificamente, ao atendimento aos indivíduos e famílias, ao desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, às doenças prevalentes e a situações de risco. Para desenvolver essas atividades, opera com saberes da epidemiologia e da clínica; utiliza-se de instrumentos como a visita domiciliar e a informação em saúde.

A dimensão política constitui-se na identificação do ACS como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão dos problemas com a comunidade; de fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão social. Para desenvolver essas ações, opera com saberes advindos da saúde coletiva como: políticas públicas, direitos sociais, organização social; e se utiliza de instrumentos como a visita domiciliar e tecnologias de educação em saúde.

A dimensão da assistência social aparece como fruto de uma tentativa de resolver questões como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde de racionalidade técnica, mas buscando a operacionalização da equidade.

Alguns autores, ao discutirem o trabalho do ACS no PSF, identificam que essa busca de integrar essas dimensões na prática é extremamente conflituosa, de forma que, a depender do programa, o ACS pende ora para uma, ora para outra dessas dimensões^(3, 7).

Uma atribuição do ACS nos grandes municípios que pode ser verificada a partir das atribuições conferidas a esse profissional^(8, 9, 10, 11) refere-se ao perfil de educador do mesmo, sempre entendida na perspectiva de resgatar a autonomia e a capacidade do autocuidado dos indivíduos/famílias.

Outra característica de sua atribuição é a possibilidade de acolher o usuário trazendo para dentro dos serviços de saúde suas demandas, no sentido de traduzir as demandas/necessidades da comunidade para gerar novas ações de saúde que busquem incorporar e intervir sobre essas necessidades.

Alguns municípios imputam a esses profissionais a responsabilidade pela humanização do atendimento à saúde na Atenção Básica.

Silva, Dalmaso (2002)⁽³⁾ considera que a atuação do ACS está vinculada à enorme variedade de contextos e finalidades em que se implanta o PSF. Esse fato em última instância é que irá definir em que vertente de atuação correrá o trabalho do ACS, se numa vertente mais individual ou biológica ou mais coletiva e social. O desafio para o ACS nas grandes cidades, apontado pelas autoras, é atuar na comunidade, ou seja, fora dos espaços formais das unidades de saúde.

Sousa (2001)⁽¹²⁾ indica que, apesar de a inserção inicial do ACS contemplar ações de saúde de cunho preventivo e voltadas para aproximar a população dos serviços, no seu processo de trabalho, o ACS deixaria de circunscrever-se ao âmbito exclusivo de atuação da saúde e incorporaria uma atuação intersetorial, dada a sua res-

pensabilidade de escuta das necessidades da população e tradução em novas intervenções.

POTENCIALIDADES DO TRABALHO DO ACS NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A discussão sobre as potencialidades do ACS para fortalecer a dimensão coletiva e social na atenção básica pode ser realizada a partir do paradigma da Promoção da Saúde.

A Carta de Ottawa define este campo de conhecimentos e práticas como *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”* (Ministério da Saúde, 1996)⁽¹⁴⁾.

O conceito acima assinala a importância do envolvimento da população no enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida que prejudicam os potenciais de benefício da saúde. A dimensão comunitária passa a ser um dos pilares fundamentais na construção do modelo orientador da atenção básica, pressupondo o engajamento da população nas decisões sobre a operacionalização das ações de saúde. A participação comunitária efetiva baseia-se numa cidadania ativa e numa ruptura com as resistências tecnoburocráticas, e, principalmente, em uma vontade política das autoridades públicas em garantir espaços onde se possam incorporar grupos de interesses e de valores culturais diferentes, potencializando a concretização de mudanças.

Segundo Robertson e Minkler (1994)⁽¹⁵⁾, a área da Promoção da Saúde passou por mudanças importantes na última década, na medida em que incorporou o conceito de “empowerment”, entendido como ampliação de poder ou fortalecimento e participação comunitária. Para estes autores, no entanto, incorporar tal conceito significa superar a ênfase anteriormente dada aos estilos de vida e aprofundar na compreensão dos determinantes sociais que incidem sobre a saúde. O conceito de “empowerment” origina-se na psicologia social, no feminismo, na teologia da libertação e no ativismo social e pode ser considerado como um processo de desenvolvimento pessoal, interpessoal ou de ampliação do poder político.

Wallerstein (1994)⁽¹⁶⁾ propõe uma dimensão mais abrangente desse conceito na prática das ações em saúde, na qual os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformações da realidade social e política. Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional do campo da educação em saúde, centrada na mudança de comportamento individual, já que os processos de transformação da realidade de saúde destacam a necessidade de contemplar a dimensão singular (relativa às situações individuais, englobando os aspectos objetivos e as subjetividades), a particular (relativa aos grupos sociais) e a estrutural (relativa à estrutura jurídica, política e ideológica) dos fenômenos em pauta.

Ainda, no âmbito da Promoção da Saúde, destaca-se a necessidade de reorganização dos serviços, sobretudo os da Atenção Básica, visando ao desenvolvimento de ações efetivas e que integrem as dimensões física, emocional e social dos indivíduos e grupos sociais. Nessa perspectiva, a finalidade da atuação dos serviços e profissionais de saúde amplia-se para a melhoria da qualidade de vida, mais do que a recuperação dos episódios doentios.

Blaxter (1990)⁽¹⁷⁾ propõe que a melhoria da qualidade de vida de uma dada população implica a articulação entre:

- a necessidade de se ter um grau de vitalidade física aliada a uma participação junto a grupos ou associações comunitárias para usufruir de boas relações pessoais e sociais;
- a necessidade de se ter um grau de vitalidade física aliada a um projeto de vida para reconhecer e praticar o que se gosta;
- a necessidade de se ter um projeto de vida aliado à convivência com familiares, amigos ou à participação comunitária para que se tenha o sentido de controle sobre a vida e sobre as condições de vida.

Na perspectiva do “empowerment”, a prevenção dos agravos à saúde não deve ser tratada isoladamente, e sim como uma meta a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a

justiça social. Na medida em que a exposição às condições de risco que geram os processos mórbidos não se dá de forma equânime entre os diferentes segmentos populacionais, torna-se fundamental conhecer as necessidades de saúde específicas dos grupos que compõem a população, enfatizando as ações coletivas além das intervenções individuais, e o trabalho intersetorial para atuar sobre as causas que levam aos problemas de saúde e não somente sobre as doenças.

Esta concepção tem por base o entendimento de que os perfis epidemiológicos se diferenciam em função das condições de vida da população, assumindo também importância, a falta de controle que os indivíduos têm sobre suas vidas.

Pensar o trabalho do ACS na perspectiva da Promoção da Saúde nos remete à compreensão de que esse profissional pode colaborar enormemente no processo de “empowerment” dos indivíduos/famílias e comunidades. Para tanto é preciso que o ACS atue realmente junto à sua comunidade e que discuta com os profissionais das equipes intervenções sobre os problemas de saúde que possam estar localizados não apenas no pólo biológico, mas também nos determinantes sociais dos mesmos. Enfim, é preciso que os ACSs não sejam cooptados pela lógica biomédica hegemônica nos serviços de saúde. Há que se pensar a prática educativa dos ACSs para que esta seja emancipatória e voltada para a autonomia dos sujeitos.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao recuperar alguns dos conceitos aqui apresentados pretendeu-se ampliar as discussões sobre a reorganização dos serviços de saúde, necessária para o fortalecimento do SUS, muito mais do que esgotar a temática sobre o trabalho do ACS na perspectiva da Promoção da Saúde.

No contexto brasileiro, o campo da Promoção à Saúde é recente, ainda em expansão, porém com enorme potencial, dadas as demandas emergentes na década de 90, decorrentes da descentralização preconizada pelo SUS que favoreceram o desenvolvimento de um movi-

mento municipalista da Saúde e o fortalecimento da participação popular e o controle social da população nas questões de saúde⁽¹⁸⁾.

Há que se investir na formação de profissionais para lidar com esse objeto ampliado da saúde, para aprimorar os instrumentos de reconhecimento da realidade local e buscar a aproximação intersetorial. Também se destaca a necessidade do desenvolvimento de processos educativos emancipatórios, os quais se constituirão como ações prioritárias do campo da Promoção à Saúde para lidar com as iniquidades evidenciadas.

No entanto, com o Programa Saúde da Família, é possível vislumbrar um potencial para operacionalizar várias dimensões apresentadas.

A primeira questão é a inserção no nível local, não da forma tradicional de atuar somente sobre uma dada demanda, mas conhecer a população de uma forma muito mais ampliada, ou pelo menos ter informações que possibilitem reconhecer as condições de vida que anteriormente não se tinha.

Na proposta de Saúde da Família, o território assume uma importância diferenciada da que representava nas práticas de saúde pública tradicionais. Para melhor compreender essa nova dimensão, do território como espaço local, vale resgatar as formulações de Santos (1994)⁽¹⁹⁾, segundo o qual a nova ordem mundial impõe a lógica do mercado a todas as instâncias da vida, baseada na supremacia da competitividade que assume proporções assustadoras, na medida em que, para seus defensores, não deve ser regulada. A globalização tem sido um processo muito mais voltado para unificar do que para unir, não respeitando as condições históricas e reais de todos os envolvidos. Um dos núcleos de resistência às consequências destrutivas desse processo é o espaço local que pode contribuir com o fortalecimento dos segmentos sociais que detêm menor poder, pelo fato de constituir cenário do “acontecer solidário”. O aspecto central do espaço-local reside na diversidade de objetos presentes na sua constituição e nas relações estabelecidas entre os seus atores. Milton Santos classifica o

cotidiano como uma “Quinta Dimensão” de interesse para a análise, com vistas ao enfrentamento dos problemas emergentes.

Conceber o território como espaço-local e como pólo distinto da globalização leva à descoberta de aspectos relevantes na reprodução social dos atores nele envolvidos. Em se tratando da relação estabelecida entre os indivíduos e a sociedade num dado território, compartilhamos da proposição de Arroyo (1995)⁽²⁰⁾, de que a conquista da cidadania pode ter início na redistribuição equitativa de instituições promotoras de serviços vinculados ao direitos inalienáveis do ser humano como a educação, a saúde, a moradia e o lazer. Os espaços que constituem os locais de moradia que deveriam contemplar tais serviços escondem imensas desigualdades, sobretudo nas grandes metrópoles, onde se evidenciam grandes extensões territoriais carentes desses serviços.

Segundo Dowbor (1996)⁽²¹⁾, o processo de globalização da sociedade cria situações complexas e que se modificam rapidamente, exigindo ainda mais a participação dos atores sociais, sobretudo no que diz respeito aos problemas específicos, cujo enfrentamento é possível em instâncias mais próximas do cidadão. Se, por um lado, a cidade torna as relações humanas mais impessoais, por outro, é onde se encontram grandes contingentes de pessoas vivendo sob condições mais homogêneas, o que possibilitaria o desenvolvimento de processos de organização capazes de reagir diante dos interesses de grupos específicos. Outro aspecto levantado pelo autor, de extrema importância para trabalhos no âmbito do fortalecimento da participação comunitária, é a noção da solidariedade: *“A própria recuperação dos valores e a reconstrução da dimensão ética do desenvolvimento exigem que para o ser humano o outro volte a ser um ser humano, um indivíduo, uma pessoa com os seus sorrisos e suas lágrimas. Este processo de reconhecimento do outro não se dá no anonimato. E o anonimato se ultrapassa no circuito de conhecidos, na comunidade”*. (Dowbor 1996, p.71)

O desafio atual para subsidiar as ações comunitárias seria a aproximação com vista ao desenvolvimento de

trabalhos centrados na perspectiva da valorização do local, explorando as potencialidades da vivência solidária como base para o fortalecimento da identidade da cidadania. Esta complexidade é encontrada sobretudo nos grandes centros urbanos, e compõe o âmbito de atuação da atenção básica.

Outro aspecto que merece ser destacado como potencial na estratégia do PSF é que, com a delimitação territorial para atuação, amplia-se a possibilidade de operacionalização das ações de Vigilância da Saúde tendo em vista o monitoramento dos perfis epidemiológicos identificados, sobretudo no tocante à avaliação das ações implementadas.

Essa questão pode reforçar a atuação intersetorial, dado que o cenário de atuação da saúde também contempla a atuação de outras instituições.

Segundo Junqueira (1998)⁽²²⁾, o conceito de intersetorialidade surgiu como uma perspectiva de solução integrada dos problemas vividos pela população, decorrentes da incapacidade de superação pelas políticas setoriais fragmentadas. As mudanças necessárias incluem a aproximação dos responsáveis pelas diferentes instituições e a leitura das necessidades do coletivo: *“Nessa lógica, a escola não se limita ao ensino. O serviço de saúde não se limita ao atendimento das intercorrências ou ações preventivas. O ginásio de esporte não se limita a oferecer seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa dada comunidade compõe uma rede de ação social. Essa rede deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas”*. (Junqueira 1998)

O fortalecimento da ação intersetorial, no entanto, esbarra em condições políticas propícias, pois é fundamental a revisão do papel das instituições executoras de políticas públicas tendo em vista a promoção da equidade e a integralidade no atendimento ao cidadão.

Finalmente, o último aspecto que merece ser destacado é o encaminhamento da participação comunitária. Conforme ressaltado anteriormente, este é um dos elementos fundamentais na construção do novo modelo. O potencial que merece ser analisado no PSF é o fato

de contar com um grande contingente de “elementos da comunidade” na equipe.

Os Agentes Comunitários de Saúde podem contribuir para desencadear um processo de envolvimento das lideranças locais na discussão sobre os problemas de saúde e seus determinantes sociais, dado que são moradores das regiões de atuação de suas equipes.

Nas grandes cidades, onde o PSF se volta mais para a mudança do modelo do que para a ampliação da cobertura das ações em saúde, o que se propõe para o ACS é explorar mais o pólo de agente comunitário e menos o de agente de saúde. Caso prevaleça esta última perspectiva, este novo profissional pode construir sua identidade como um “pseudoprofissional de saúde”, voltando-se também para privilegiar o desenvolvimento de ações centradas na doença, distanciando a equipe e a população da busca de superar as condições geradoras dos problemas de saúde identificados na sua região.

Sua grande contribuição para a construção do novo modelo implica desenvolver o componente social e coletivo de suas atribuições, através:

Do fortalecimento da ação comunitária: possibilita o desenvolvimento de atividades com grupos comunitários, motivando-os a se organizarem para modificar os condicionantes dos perfis epidemiológicos.

Da ampliação do vínculo entre a equipe e a população atendida: por serem sujeitos da comunidade na equipe, diminuem o distanciamento cultural e contribuem na priorização dos problemas.

Da potencialização do trabalho intersetorial: na qualidade de trabalhador da área da saúde e integrante da população atendida, poder ser instrumentalizado para agregar políticas públicas na solução integrada dos problemas identificados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

2. Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estudos Avançados* 1999; 13 (35): 89-100.
3. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - comunicação, saúde, educação* 2002; 6 (10): 75-96.
4. Araújo MRN. A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.
5. Vasconcellos MCC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998. p.155-72.
6. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
7. Nunes, MO et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.
8. Secretaria Municipal de Saúde. Campinas. Programa PAIDÉIA. disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>
9. Secretaria Estadual de Saúde. Pólo de Capacitação, formação e educação permanente de Recursos Humanos para o Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://www.famema.br/saude/familia/atribu-agen-comuni.htm>
10. Secretaria Municipal de Saúde. João Pessoa. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/sesau/pacs.htm>
11. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo. Documento norteador das atribuições da Rede de Apoio à implantação do PSF nos Distritos. 2001.
12. Sousa MF de. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo!* São Paulo: Hucitec; 2001.
13. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Sundswall e Santa Fé de Bogotá*. Tradução de Luis Eduardo Fonseca - Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
14. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
15. Robertson A, Minkler M. *New Health Promotion Movement: a critical examination*. *Health Educ Q* 1994; 21 (3): 295-312.
16. Wallerstein, N. Empowerment education applied to youth. In: Matiella, A.C. (editor) *The Multicultural Challenge in Health Education*. California: ETR Associates Publishers, 1994. p. 153-176.
17. Blaxter M. *Health and Lifestyles*, New York: Routledge, 1990.
18. Westphal MF *A Promoção da Saúde no Brasil*. 1998. (mimeografado)
19. Santos M. *Técnica, Espaço, Tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: HUCITEC; 1994.
20. Arroyo M. *Território, Cidadania e produção social de saúde na cidade*. Rede IDA 1995: 18 (encarte)
21. Dowbor L. Da globalização ao poder local: a nova hierarquia dos espaços. In: Freitas MC. (org.) *A reinvenção do futuro*. Cortez/ USF. São Paulo, 1996. p. 55-75.
22. Junqueira LAP. *Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal*. RAP 1998; 32 (2): 11-22.



PSF:

Promovendo Saúde Bucal

MARCO ANTONIO MANFREDINI¹

RESUMO

A expansão das ações de Saúde Bucal no âmbito da estratégia de Saúde da Família no Brasil tem motivado diversas reflexões sobre como organizar uma prática odontológica que resgate a dívida histórica com os “excluídos” de saúde bucal.

No presente texto, serão analisados alguns elementos constituintes destas práticas, recuperando-se observações realizadas pelo autor no acompanhamento do trabalho das equipes de saúde bucal, em atividades de consultoria, assessoria e de acompanhamento de reflexões e debates em eventos científicos.

¹ Cirurgião-dentista com Especialização em Saúde Pública, Membro da Comissão de Assessoramento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, Chefe-de-Gabinete do Vereador Carlos Neder, Mestrando em Saúde Coletiva da CIP/SES/SP.

SAÚDE BUCAL: NECESSIDADE SENTIDA?

Há tempos, temos discutido se a saúde bucal é realmente uma necessidade sentida pela população. Dados consolidados do processo de Orçamento Participativo da Prefeitura Municipal de São Paulo para o ano de 2002 apontam que a saúde bucal foi a segunda especialidade mais demandada, só sendo superada pelo Programa Saúde da Família. Destaque-se que era um período de plena expansão do PSF no município e que a saúde bucal superou todas as outras especialidades médicas, como as demandas por saúde da mulher (11^a), do idoso (12^a), de álcool, drogas e dependência (15^a), da criança e do adolescente (19^a), dentre outras ⁽¹⁾.

Como esta necessidade sentida pela população não tem confluído para a organização dos usuários pela defesa dos seus interesses, no que diz respeito à saúde bucal? Em um texto de análise sobre a construção das políticas públicas de saúde em Santos (SP) no período de 1989 a 1996, apontamos:

“Não há registro da existência de movimentos de cariados ou portadores de doenças periodontais ou de câncer bucal na sociedade brasileira. Das patologias que acometem a cavidade bucal ou a face, só se observam organizações de usuários referentes a pais e mães de crianças portadoras de fissuras e fendas labiopalatais. Nem a luta por uma dentadura leva a que se constitua um movimento de desdentados. Portanto, a pressão por saúde bucal na sociedade brasileira é difusa e quase sempre se restringe à reivindicação de acesso ao dentista”⁽²⁾.

A superação do paradoxo entre a necessidade sentida e a precária organização pela defesa dos direitos de cidadania da maior parte da população brasileira é um dos principais desafios colocados para aqueles que se ocupam da luta cotidiana de defesa da vida e do SUS no país.

QUEM FAZ SAÚDE BUCAL NO PSF? É PARA QUEM SE FAZ?

Uma das principais dificuldades enfrentadas na construção das políticas de saúde bucal no âmbito da saúde da família tem sido a de ampliar o espectro de profissionais que se ocupam da saúde bucal e de repensar o alcance dessa prática. A equipe de saúde bucal não pode ser um apêndice ao PSF, ou, no linguajar comum da recepção e das outras clínicas das unidades e serviços de saúde, “se este problema é de dente ou de boca, mande para o dentista”. Por outro lado, a definição do “objeto de trabalho” desta prática também tem sido conflituoso.

*Uma das principais dificuldades
enfrentadas na construção
das políticas de saúde bucal no
âmbito da saúde da família
tem sido a de ampliar o espectro
de profissionais que se ocupam
da saúde bucal e de repensar
o alcance dessa prática*

Se, por exemplo, a equipe de saúde bucal detectou uma lesão suspeita de câncer bucal num atendimento a um usuário, ela pode, respeitando os critérios éticos e bioéticos, acionar os outros profissionais da equipe e demonstrar a importância de estarem atentos para tal tipo de sinal clínico ou queixa.

Da mesma forma, ao atender um bebê com cáries rampantes em dentes anteriores ou uma criança ou adolescente com cáries em incisivos inferiores, explicar aos outros profissionais da equipe de que se trata de um possível “evento-sentinel”, demarcador de um risco elevado para cárie dental neste(s) usuário(s).

Em reflexão sobre o tema, Werneck et al. afirmam que a inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família a partir do final de 2000 “não se deu com base nas experiências já existentes ou a partir de uma ampla discussão acerca de seus significados, com a participação dos profissionais da saúde bucal, entre si ou junto aos demais profissionais do setor de saúde. Não houve um processo de reflexão que permitisse a compreensão, tanto do alcance das ações de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, quanto das dificuldades inerentes à mudança do processo de trabalho requerida por este movimento de formação de uma equipe multiprofissional”.

Ao se analisar o ritmo de implantação das equipes de saúde bucal no PSF, observa-se um notório incremento a partir de 2003. Em apenas um ano o total de equipes aumentou de 4.261 para 6.170

Os autores recomendam que “passe a existir um processo de trabalho em que as equipes de saúde bucal deixem de ser “referência odontológica” para as ESF e iniciem um processo integrado de planejar, implementar e avaliar suas ações. Onde os profissionais de saúde bucal façam parte efetiva das equipes de saúde da família” ⁽³⁾.

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO PSF

Para desenvolver ações visando à melhoria da saúde bucal da população, devem-se organizar ações de assistência odontológica e atenção à saúde bucal. Segundo Narvai, “a assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumi-

dores individuais, doentes ou não” e “a atenção à saúde bucal é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo, com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer, etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa, etc.).” ⁽⁴⁾.

Dados apresentados no V Congresso Cearense de Odontologia por Martildes (2003) apontam para a necessidade de reflexão sobre os rumos da assistência odontológica e da atenção à saúde bucal no PSF. Em 2002, de um total de 184 municípios cearenses, 173 dispunham de equipes de saúde bucal no PSF, uma das maiores coberturas por município no país. Ao se comparar o acréscimo decorrente da implantação destas equipes nos procedimentos odontológicos básicos, observa-se que o total de procedimentos coletivos subiu de 2,341 milhões em 2000 para 6,954 milhões em 2002, enquanto os procedimentos individuais tiveram um incremento de 4,715 milhões para 5,144 milhões em igual período ⁽⁵⁾. No período de dois anos, enquanto os procedimentos coletivos subiram 197,04%, os procedimentos individuais só cresceram 9,10%. Numa situação marcada pela contínua dificuldade no acesso à assistência, deve ser objeto de reflexão e de mudanças na organização dos serviços o fato de que a incorporação de 496 novas equipes de saúde bucal só resulte em um aumento de menos de 10% no total de procedimentos dirigidos à população com acesso à clínica odontológica.

A INTERSETORIALIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em nossas observações sobre trabalhos intersetoriais no campo da promoção da saúde bucal no país, vemos que estes ainda são muito tímidos. As políticas acabam não sendo intersetoriais e sim

“ações de saúde realizadas em outros equipamentos sociais”. Para exemplificar, no ambiente das escolas, que é o local quase exclusivo deste tipo de ação, vemos que as equipes de saúde bucal não têm explorado o potencial aberto pela Lei Federal nº 9.394/96, que estabelece as diretrizes e bases para a educação⁽⁶⁾.

Um dos principais avanços desta legislação é o de permitir que cada escola elabore o seu projeto pedagógico. Dessa forma, um espaço importante que é o da abordagem dos temas estruturantes do conhecimento acaba não tendo o aporte dos profissionais de saúde. As ações educativas em saúde bucal continuam a se restringir às “palestras” ou aos “vídeos educativos”. A abordagem de temas de saúde bucal nos diversos campos do conhecimento, por parte dos professores, não é explorada.

Este tipo de atividade pode ser articulado pela equipe de saúde bucal de uma unidade de saúde em todos os equipamentos escolares de sua área de adscrição (creches, escolas de educação infantil, de ensino fundamental e médio), sem ficar na dependência de outras instâncias de poder (por exemplo, de um entendimento entre os secretários de Educação e Saúde).

Vemos, por estes dados, a necessidade de que o trabalho da equipe de saúde bucal seja parte componente e “estruturante” do projeto de intervenção da equipe de saúde da família. O trabalho da equipe não deve se restringir ao campo odontológico, mas intervir em todas as possibilidades de enfrentar os problemas na sociedade. E, em especial, desenvolver ações intersetoriais e participar das atividades políticas de defesa da vida e da cidadania.

A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

As atribuições para os profissionais de saúde bucal que atuam no PSF foram definidas pela Portaria MS nº 267/01. Como atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, constam, dentre outras, o estímulo e a execução de medidas de

promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal; a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência; a sensibilização das famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde; a programação e a realização de visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas e o desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal⁽⁷⁾.

Em nossas observações sobre trabalhos intersetoriais, no campo da promoção da saúde bucal no país, vemos que estes ainda são muito tímidos. As políticas acabam não sendo intersetoriais e sim “ações de saúde realizadas em outros equipamentos sociais”

Muito embora a Portaria preconize que o cirurgião-dentista coordene as ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal e supervisione o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD, vê-se em várias experiências municipais que dentistas estão sendo deslocados para executar ações preventivas em escolas, creches e outros equipamentos sociais.

Sem desmerecer a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, não podemos incorrer no erro de deslocar este profissional sucessivamente para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas pelo THD, pelo ACD e pelo ACS. Compete ao CD organizá-las e supervisioná-las. Outra atividade que o CD deve realizar é a de classificação dos indivíduos e grupos mais neces-

sitados, na área de abrangência de sua atuação.

Em Campinas (SP), as equipes de saúde bucal vêm trabalhando com três critérios para a classificação de risco: o risco em saúde bucal, o individual e o familiar/social. Para a avaliação do risco em saúde bucal, utilizam-se critérios para cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal. Para o risco individual, verifica-se se o paciente tem problemas sistêmicos, como diabetes, se está em gestação, se é portador de necessidades especiais ou se foi encaminhado para atendimento a partir das outras clínicas médicas. E nos critérios familiares e sociais, sobressaem-se os grupos populacionais que se encontram em situação de maior exclusão social, identificados pelos agentes comunitários de saúde e outros profissionais que trabalham no Projeto Paidéia de Saúde da Família⁽⁸⁾.

EXPANSÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PSF

Ao se analisar o ritmo de implantação das equipes de saúde bucal no PSF, observa-se um notório incremento a partir de 2003. Em apenas um ano, o total de equipes aumentou de 4.261 para 6.170, o que elevou a cobertura populacional de 26,1 milhões para 35,7 milhões de habitantes no país.

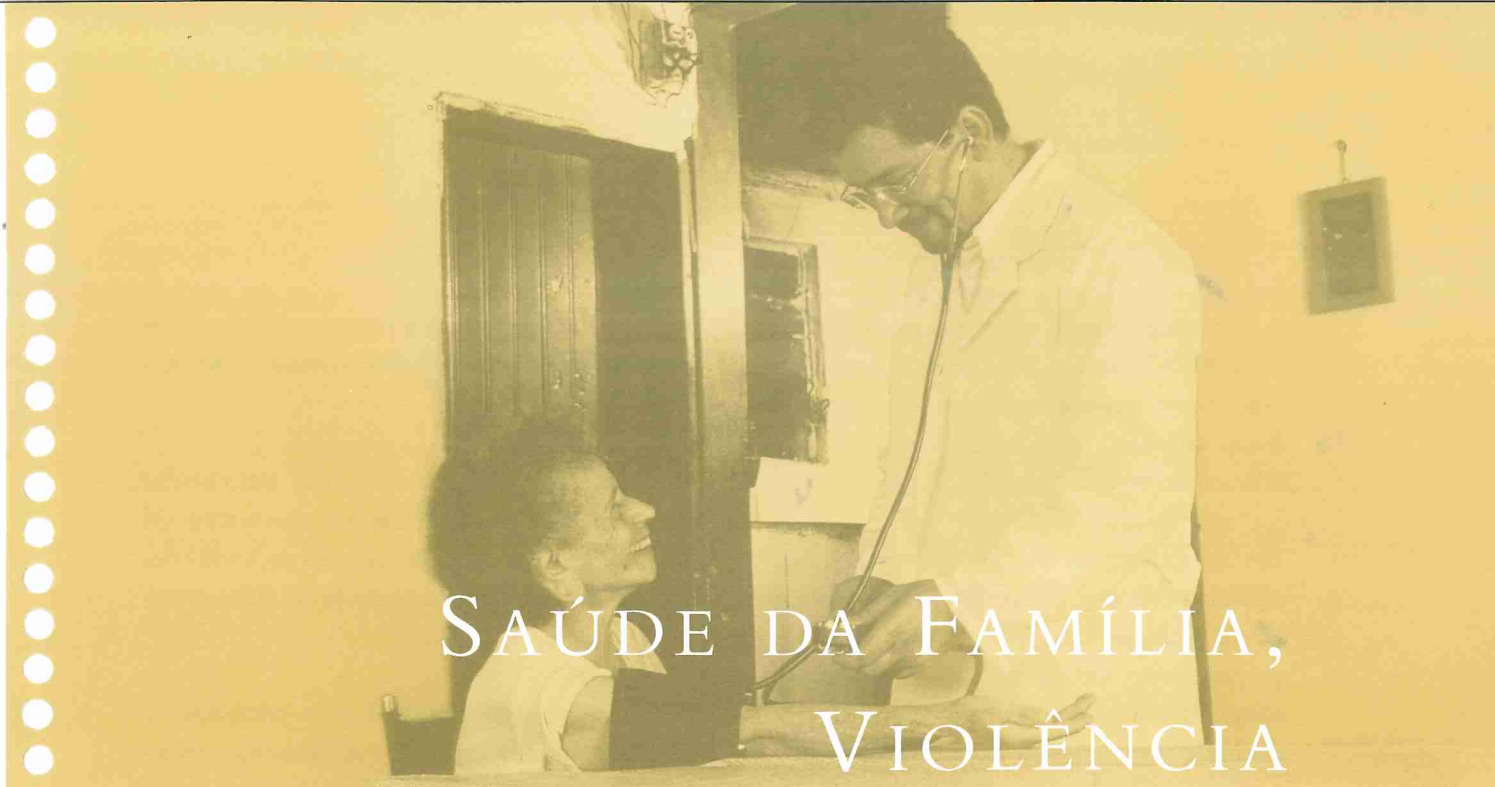
Segundo dados do Ministério da Saúde, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2003, os incentivos à saúde bucal da família foram da ordem de 170,71 milhões de reais. Em 2001, o total de gastos com custeio e investimento foi da ordem de 29,68 milhões de reais; em 2002, de 56,55 milhões de reais e em 2003, de 84,48 milhões de reais⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

Este texto se propôs a balizar alguns temas para o debate e a reflexão dos que se têm ocupado da construção da saúde bucal no âmbito da Atenção Básica em saúde e mais recentemente na estratégia Saúde da Família. Reconhecendo ser este um processo em construção, em um estágio incipiente na maior parte do país, coloca-se, portanto, como uma contribuição para estas equipes, esperando estimulá-las a também registrar e avaliar os seus processos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- SÃO PAULO (Município). Secretaria de Governo Municipal. Coordenação do Orçamento Participativo. *Propostas da área de saúde para o OP-2002*. São Paulo, mimeo, 2001.
- 2- MANFREDINI, M.A. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C.M.P. (org.) *Contra a maré à beira-mar – A experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- 3- WERNECK, M. A F et al. *Algumas reflexões sobre o cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil* (versão preliminar). Belo Horizonte, mimeo, 2003.
- 4- NARVAI, P.C. *Saúde bucal: assistência ou atenção?* São Paulo, mimeo, 1992.
- 5- MARTILDES, M. L. R. "PSF - Odontologia a serviço da comunidade" (Conferência). XV Congresso Cearense de Odontologia. Fortaleza, 16 de maio de 2003
- 6- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União, Brasília, 26.12.1996.
- 7- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/01, de 6 de março de 2001. *Diário Oficial da União*. Brasília, 7/3/2001.
- 8- CAMPINAS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório do Seminário de Risco em Saúde Bucal*. Campinas, mimeo, 2001.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Programa de Saúde da família- implantação ESB dezembro/2003*.



SAÚDE DA FAMÍLIA, VIOLÊNCIA e Cultura da Paz

LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE¹
ROSE MARIE INOJOÇA²

“...uma coisa é por idéias arranjadas, outra é lidar com pais de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias...

Tanta gente – dá susto de saber – e nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, querendo chuva e negócios bons...”

Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas

RESUMO

Precisamos de paz para produzir saúde. Ao mesmo tempo, a própria busca persistente das fontes da paz integra o processo de promoção da saúde, num ambiente onde a violência é um grave problema de saúde, inclusive pelo seu efeito corrosivo nas relações sociais. A equidade, princípio do Sistema Único de Saúde abraçado pelos 5.560 municípios em todo o país, é a primeira – e essencial

– contribuição da saúde para a paz. Além disso, a estratégia da saúde da família, que estreita os laços e a solidariedade entre o sistema de saúde e a população, é potente para contribuir para a paz em muitas outras dimensões, como a humanização do atendimento, a articulação entre setores sociais e a comunicação, vetor da autonomia necessária à produção da saúde.

¹ Médico sanitarista, Doutorando em Saúde Coletiva da UNICAMP, Presidente do CONASEMS e Secretário de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral (CE).

² Comunicadora social, Doutora em Saúde Pública e Secretária Executiva do CONASEMS.

A saúde é social e cotidianamente produzida, entre pessoas, “de carne e sangue”, nos espaços em que elas convivem, habitam, trabalham, circulam. Espaços territoriais e espaços relacionais, virtuais.

Um desses espaços é a família, fonte e lago da violência e da paz. A família pode ser um espaço de proteção, de construção de valores e de preparação e fortalecimento para o convívio social ou desaguadouro de desequilíbrios e frustrações que esgarçam os laços sociais.

Há muitos modos de violência atingindo pessoas do mundo todo: imperialismo, guerras, guerrilhas, terror, ditaduras, narcotráfico, consumismo, individualismo extremo, fome, analfabetismo, desemprego, miséria, exclusão, intolerância com a diversidade. E, certamente, a imensa desigualdade social entre as nações e entre as pessoas.

A violência doméstica, no Brasil e no mundo, incide sobre os mais frágeis: crianças, mulheres, idosos, portadores de necessidades especiais. Já os mais vulneráveis à violência da porta para fora são os jovens do sexo masculino, de 15 a 29 anos. Nessa faixa, a maior causa de morte são as causas externas: violências e acidentes.

*A família pode ser um espaço
de proteção, de construção de
valores e de preparação e
fortalecimento para o convívio social*

O desemprego tem alargado a população vulnerável à condição da miséria. Kliksberg, que vem há tempos estudando a pobreza no mundo, aponta uma degradação da sua qualidade, com o aumento da pobreza extrema, isto é, “das famílias que ainda que gastassem toda a sua renda exclusivamente na compra de alimentos não consegui-

riam comprar proteínas e calorias na quantidade mínima necessária à sobrevivência”. (KLIKSBERG 1997, p.19)

Cresce a proporção de famílias sustentadas por mulheres, e essas famílias apresentam os maiores índices de pobreza, pois às condições sociais desfavoráveis somam-se as discriminações culturais.

A injustiça social contribui para corromper a família como um espaço de acolhimento, entretanto, a violência também está presente nas famílias das outras classes e situações sociais, aguçada pelo consumismo e pelo individualismo, gerando pessoas agressivas, depressivas, angustiadas, vulneráveis a agir como agressores ou a serem vítimas.

Uma pesquisa em 1.169 casos atendidos no SOS Criança da ABRÁPIA, entre janeiro de 1998 e junho de 1999, mostrou que 93,5% das crianças eram agredidas por parentes, e a mãe respondia por mais de 52%. Cinco por cento das crianças foram agredidas antes de completar um ano de idade. Crianças de 4 a 7 anos respondiam por quase um terço dos casos. Entre as vítimas de abuso sexual, quase a metade (49%) tinha de 2 a 5 anos e 80% eram meninas, sendo que, nesses casos, 90% dos agressores eram do sexo masculino (www.abrapia.org.br). Outra pesquisa, realizada pela Centro de Saúde S.B. Pessoa da Faculdade de Medicina da USP, com 322 mulheres usuárias do serviço, verificou que 56,8% declaravam ter sido vítimas de algum tipo de violência pelo menos uma vez depois dos 12 anos e que quase 60% delas relataram algum episódio de agressão, sendo que apenas 10,95% tiveram esse episódio registrado no seu prontuário médico (www.redesaude.org.br/dossiers).

Do lado de fora da casa, os homicídios vitimam homens jovens. Sabe-se que 72% dos homicídios são com armas de fogo. Hoje, há mais de 630 milhões de armas leves em circulação no mundo,

uma para cada dez habitantes do planeta. E cerca de 70% delas nas mãos de civis. O Brasil registra 40 mil casos todo ano, o que representa 8% de todos os assassinatos por arma de fogo no mundo, embora tenha apenas 3% da população. (Os números são da ONG Sou da Paz, responsável pela campanha no Brasil.)

Entre as vítimas, é preciso contabilizar também os danos físicos, psicológicos e sociais dos que não morrem nos episódios violentos mas ficam com seqüelas. “Estudos mostram que para cada homicídio de jovem há de 20 a 40 vítimas nesse mesmo grupo sofrendo agressões e outros tipos de violência não fatais e recebendo tratamento hospitalar” (OMS, 2002). Danos que se espalham para as famílias e os grupos mais próximos das pessoas seqüeladas.

A violência é um grave problema de saúde, não apenas por resultar em mortes de pessoas jovens e saudáveis, mas pelas seqüelas de atos violentos em todas as faixas etárias e pelas doenças provocadas na população pelo clima de agressividade e de medo.

Ao mesmo tempo que o Brasil consegue com um esforço nacional reduzir a mortalidade infantil e aumentar a expectativa de vida, a violência vulnerabiliza jovens e jovens adultos. Ao mesmo tempo que consegue aprovar o Estatuto do Idoso e o Estatuto da Criança e do Adolescente completa mais de uma década, crianças, mulheres e velhos são vítimas de violência.

As violências do cotidiano somam um número infinitamente maior de vítimas do que tragédias como as das Torres Gêmeas e do Metrô de Madri. É necessário que nos causem o mesmo impacto e mobilização para a paz.

É preciso erguer com firmeza e constância as fontes da paz: a solidariedade; o diálogo; o respeito à diversidade de gênero, de raça, ideológica; o respeito à vida, à natureza e às outras espécies; o respeito à liberdade de expressão; o compromisso

de resolver pacificamente os conflitos; o respeito aos direitos das gerações futuras; a promoção da equidade social.

A CONTRIBUIÇÃO DA SAÚDE PARA A PAZ

O profissional de saúde tem o ofício de promover a vida, uma relação saudável das pessoas com o meio ambiente e com outras espécies, contribuir para manter saudáveis crianças, jovens e adultos e para ajudar idosos a manter a qualidade de vida.

A violência é um grave problema de saúde, não apenas por resultar em mortes de pessoas jovens e saudáveis, mas pelas seqüelas de atos violentos em todas as faixas etárias, e pelas doenças provocadas na população pelo clima de agressividade e de medo

Mas o ofício dos profissionais de saúde também inclui a dor e a morte, e assim é que se deparam, no cotidiano de seu trabalho, com o cenário dos atendimentos de emergência a vítimas de violência, da perda de vidas jovens e saudáveis, do cuidado com pessoas seqüeladas ou doentes pelo clima de agressividade e medo. Eles próprios imersos nas mesmas condições que geram agressores e vítimas, eles próprios vulnerabilizados.

A implantação progressiva do Sistema Único de Saúde, a municipalização, a expansão da cobertura e os novos modelos de trabalho têm transformado o fazer em saúde.

O fato de os 5.560 municípios deste país assumirem a responsabilidade com a saúde da população fortaleceu a possibilidade de realização dos princípios da universalização e da equidade e

tem viabilizado um novo modo de relacionamento com a população, permitindo que a prestação de serviços e a promoção da saúde respeitem as peculiaridades locais e das comunidades, ampliando a troca entre os saberes chamados de popular e de científico.

Com a implementação da estratégia de saúde da família romperam-se muros que separavam os serviços e a comunidade. Muros simbólicos e muros reais.

*O modelo de saúde da Família
é bastante potente para
contribuir para a paz em
muitas outras dimensões, pois
aproxima muito os profissionais
e serviços de saúde da
comunidade, das famílias*

Já não é apenas a população que vai aos serviços, mas eles nascem da própria comunidade e com ela convivem na produção da saúde. Cresce a consciência de que o sistema único de saúde tem um papel que extrapola a recuperação e a prevenção. Tem também um papel na promoção da saúde, no incremento da autonomia das pessoas em relação à sua saúde e à saúde da comunidade, construído através da informação, do respeito aos saberes, do diálogo.

Apesar de todos os avanços, o SUS ainda tem um longo caminho a percorrer para realizar, na plenitude, seus princípios norteadores: universalização, equidade e integralidade. Restam dificuldades de toda a ordem a superar, as dificuldades de acesso, como ocorre em parte da região amazônica, e, paradoxalmente, nos grandes centros urbanos. As dificuldades de realizar de vacinas a

transplantes como setenta centavos por dia por habitante. As dificuldades de implementar um projeto contra-hegemônico, num cenário em que os setores sociais não agem em parceria e são submissos às decisões econômicas.

Porém, há que reconhecer a grande mudança que está feita. Há que reconhecer que municípios de menos de 20 mil habitantes até municípios das capitais, com toda a complexidade de sua teia social, são capazes de mostrar avanços no atendimento à saúde da sua população.

Essa é a primeira – e essencial – contribuição da saúde para a paz: a promoção da equidade.

No entanto, o modelo de saúde da família é bastante potente para contribuir para a paz em muitas outras dimensões, pois aproxima muito os profissionais e serviços de saúde da comunidade, das famílias, estabelece vínculo, estreita laços e faz do sofrimento solitário um sofrimento compartilhado.

A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

É preciso que todos alcancemos a consciência de que as pessoas vítimas de violência não podem sofrer sozinhas. O problema da violência não é individual, é social e deve ser resolvido coletivamente.

Hannah Arendt diz que o poder existe quando as pessoas agem juntas. E, como diz o psicanalista Reinaldo Morano: “A guerra contra a violência se faz de grandes batalhas, mas também de pequenos embates no cotidiano do exercício da cidadania”.

Para isso é preciso saber “lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil e tantas misérias”. Com a legitimidade dos desejos dessas pessoas: “emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, chuva e negócios bons”, como nos diz o mestre Guimarães Rosa.

Humanizar passa por reconhecer o outro, acolhê-lo como sujeito de desejos e de direitos e como

co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva da atenção individual como do ponto de vista coletivo. E implica agir solidariamente.

Quando a equipe da saúde da família e cada um de seus componentes entra em uma casa, em um centro comunitário, percorre uma rua ou atende a população no serviço de saúde está produzindo saúde, participando da co-produção da vida da comunidade, das pessoas. Se seu agir é solidário, sabe que, nesse encontro, ambas as partes têm poderes e saberes próprios que estão interagindo para a co-produção da saúde.

A estratégia de saúde da família é capaz de estabelecer entre a comunidade e o serviço público de saúde uma relação de compromisso e de confiança mútuos. Esse compromisso deve ser construído e firmado no sentido de melhorar indicadores de saúde, de trabalhar com os problemas que põem em risco a saúde das pessoas. E, então, é preciso trabalhar com as violências e com a promoção da paz.

Compreender que a violência – sob todas as formas – é um problema de saúde significa estar atento a seus sinais, sobretudo àqueles que estão semi-ocultos, escondidos nas casas, na aparência de normalidade. O profissional de saúde precisa desvendá-los, orientar vítimas e agressores.

Compreender que a paz é uma oportunidade de promoção da saúde significa incorporar a educação para a paz na cesta de medicamentos e na cesta de orientações oferecidas à população, começando com um agir respeitoso, atencioso, sem discriminação de qualquer espécie e atento à equidade.

A ARTICULAÇÃO COM OUTROS SETORES SOCIAIS

“A todos digo: sozinhos seríamos fracos.” A frase de Albert Luthuli, Nobel da Paz em 1960, é de uma simplicidade óbvia. No entanto continuamos a trabalhar como se cada setor do governo e da iniciativa privada tivesse públicos específicos

para educação, para saúde, para nutrição, para qualificação profissional, etc. É como se considerássemos que o menino que está sendo acompanhado no seu desenvolvimento e atendido quando fica doente não é o mesmo menino que precisa de alimentação, que deverá ser alfabetizado, etc. Que a mulher que está fazendo o seu pré-natal não é a mesma mulher angustiada pela necessidade de dar de comer aos outros filhos, que sofre violência doméstica, que é discriminada. Que o homem que aparece na emergência vítima de um ato de violência não é o mesmo que não encontra emprego, e assim por diante.

*Compreender que a paz é
uma oportunidade de promoção
da saúde significa incorporar
a Educação para a paz na cesta
de medicamentos e na cesta de
orientações oferecidas à população*

É, também, como se o profissional de saúde não fosse, necessariamente, um educador e o educador não fosse, necessariamente, um promotor de saúde.

Criamos caixinhas corporativas e administrativas. Caixinhas de saber que não se comunicam. Como se estivéssemos em uma vila de casas sem janelas.

O agente que está na rua visitando o hipertenso, o bebê que acabou de nascer, a menina que está entrando na puberdade, a mulher sofrendo com os calores da menopausa vê e participa de outras cenas domésticas e comunitárias. Sabe que na casa que ele visita ocorrem violências, por exemplo. Mas nem sempre está preparado – ou autorizado – a ver, ouvir e contribuir para transformar a situação, acionando outros profissionais capazes de levar orientação, atendimento, cuidado.

Isso não ocorre só com o agente, mas com toda a equipe, cujo saber não é, certamente, suficiente para resolver todos os problemas, mas é para captá-los, para compreendê-los, para encaminhá-los.

É preciso fortalecer grandemente o trabalho integrado entre escola e serviço de saúde, entre escola, serviço de saúde e serviço social, entre escola, serviço de saúde, serviço social e qualificação para o trabalho, e assim por diante.

As equipes de saúde da família, que já fizeram a saúde sair dos muros dos serviços, podem levá-la a todo canto para onde vão, atraindo novos parceiros e aprendendo com esses parceiros outros olhares para a promoção da vida.

A COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Comunicar é pôr em comum, compartilhar, e assim vão se criando os vínculos de confiança.

Cada um de nós, como cliente de um profissional, como usuário de um serviço de saúde, percebe como é importante a relação que se estabelece, a disponibilidade mútua para ouvir o outro. Sabemos como essa troca de informações ajuda a encontrar os pontos de desequilíbrio, a identificar os agravos e a encontrar soluções. Ganhamos coragem para romper o silêncio quando vemos que o outro demonstra a coragem de ouvir e de orientar.

*Lidar com “um país de pessoas”
é promover um intenso diálogo
face a face e por todos os meios
de comunicação que as novas
tecnologias colocam à disposição
da sociedade*

Entretanto a violência e o medo que dela decorre costumam gerar uma conspiração de silêncio. Tanto no plano individual – com as pessoas sofrendo sozinhas – como no plano coletivo.

A violência doméstica tem sido um dramático exemplo. As vítimas, muitas vezes sentindo-se culpadas ou culpabilizadas pela sociedade, calam-se. Os profissionais vêem os sinais, mas, sem saber como apoiar para além da cura das feridas, calam-se. O silêncio transforma-se em doença para ambos.

No princípio era o Verbo. É preciso começar pelo diálogo, que gera confiança e ajuda a procurar apoios, soluções. E isso, tanto no plano individual, como no coletivo.

O enfrentamento de problemas de saúde da comunidade, e a mudança positiva de indicadores de saúde supõem uma relação de confiança entre o sistema público e a população. Supõem que o diálogo permeie os encontros, supõem que o sistema, os serviços, as equipes e os profissionais estejam empenhados em compartilhar, trocar, comunicar.

O sistema de saúde recolhe e produz muitas informações. Nem sempre elas são utilizadas para a comunicação. Os profissionais de saúde aprendem, em sua formação e em sua prática, muitas coisas, têm muita informação, nem sempre elas são utilizadas na comunicação com a população.

Disponibilizar informação não significa comunicar. A informação pode ficar morta em uma gaveta, num gráfico, num sítio da internet e não circular pelo mundo da vida, interagindo com informações advindas de outros saberes e poderes.

Sabemos que alguns comportamentos são potencialmente produtores de doenças, somos informados disso, mas nem sempre mudamos nosso comportamento. Há o ditado “quem sabe e não faz, ainda não sabe”, reconhecendo que o verda-

deiro saber significa a metabolização da informação, a sua transformação em atitudes.

A estratégia de saúde da família já demonstrou sua potência para a comunicação. Um exemplo importante tem sido o papel das equipes e, particularmente, dos agentes de saúde, no controle da dengue em cidades que estiveram em situações muito perigosas.

Os agentes funcionaram como reeditores da informação, eles próprios a metabolizaram e passaram a comunicar-se efetivamente com a população, para que ela compreendesse a sua co-responsabilidade e a impossibilidade de solução sem a sua participação.

É preciso que as equipes de saúde da família e outras equipes de saúde recebam e sejam estimuladas a buscar informações referenciais, materiais, técnicas de diálogo, participem de encontros e reflexões, enfim, se alimentem e se fortaleçam, aprendendo a usar as informações e a trocar informações, para que o processo de comunicação seja visto como uma estratégia de promoção da saúde, de incremento da autonomia das pessoas em relação à sua saúde.

Lidar com “um país de pessoas” é promover um intenso diálogo face a face e por todos os meios de comunicação que as novas tecnologias colocam à disposição da sociedade. Também no que diz respeito à violência e à cultura de paz, precisamos de comunicação, comunicação intensa até que a sociedade aceite a sua co-responsabilidade e passe a atuar.

E que “...nenhum se sossegue: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo colocação de emprego, comida, saúde, riqueza, ser importante, querendo chuva e negócios bons...”, pois saúde é tudo isso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARENDT H A *Condição Humana*. São Paulo: EDUSP; 1981.
- GUIMARÃES ROSA, João, *Grande Sertão: Veredas – O diabo na rua, no meio do redemoinho*, Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 6ª edição, 1968.
- KLIKSBERG, Bernardo Kliksberg B *O desafio da exclusão – para uma gestão social eficiente* Giselda Barroso Sauveur (coord), São Paulo: Fundap; 1997.
- LUTHULI, Albert in SADER, Emir e MATTOS, Cláudia (org) *Declarações de Paz em Tempos de Guerra – Trajetórias e Discursos de 21 pacifistas laureados com o Prêmio Nobel da Paz*, Rio de Janeiro: Bom Texto, 2003.
- MORANO, Reinaldo entrevistado no dossiê *Violência dos Homens* no site ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS - Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, outubro de 2002.
- www.tvebrasil.com.br/links/homo/violencia - da TV escola, programa da Secretaria de Educação à Distância do Ministério da Educação do Governo do Brasil
- www.abrapia.org.br, site da Associação Brasileira Multiprofissional de proteção à Infância e à Adolescência.
- www.redesaude.org.br/dossiers, site da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Dossiê Violência Contra a Mulher, que apresenta dados da pesquisa “Violência, Gênero e Saúde: organização de serviços e tecnologia em atenção integral à saúde da mulher” – coordenada por Lilia Schraiber e Anna Flávia d’Oliveira e realizada no Centro de Saúde S. B. Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1999.
- www.soudapaz.org.br, site do Instituto Sou da Paz.



A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

na metrópole paulista 2001-2003

PAULO ELIAS¹
AYLENE BOUSQUAT²
EUNICE NAKAMURA³
AMÉLIA COHN⁴

RESUMO

O PSF vem se configurando como uma das principais estratégias de implementação da atenção primária levada a cabo pelo Ministério da Saúde desde a década de 1990. As metrópoles constituem situações particulares para estudar as potencialidades do PSF como modalidade estruturante do sistema de saúde brasileiro, pois são elas que apresentam a maior densidade tecnológica e diversidade da capacidade instalada de serviços. No caso específico do município de São Paulo, além destas qualificações gerais, tem-se uma situação privilegiada, uma vez que a capacidade instalada nominal de alta complexidade, incluindo os equipamentos públicos e os privados, é suficiente para atender ao conjunto da população. O presente artigo tem como objetivo apresentar preliminarmente algumas questões referentes à implementação do

PSF no município de São Paulo da ótica dos gestores em nível central e distrital e dos quadros técnicos operacionais vinculados às instituições privadas parceiras do governo municipal. A análise desvela alguns elementos, entre os quais se destacam: as disputas ideológicas e operacionais presentes na modalidade de gestão assumida; a insuficiência do “modelo padrão” do PSF ante a complexidade da rede de atenção à saúde e do mix público/privado existente no município; as dificuldades na expansão efetiva da rede para o conjunto da cidade e, por fim, a articulação do PSF no interior de um complexo sistema de saúde, que se assenta, sobretudo, em dinâmicas metropolitanas.

Descritores: PSF, São Paulo, políticas de saúde, atenção primária de saúde, metrópole.

¹ Professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).

² Professora do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UniSantos e pesquisadora do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).

³ Doutoranda da FFLCH-USP e pesquisadora do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).

⁴ Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e pesquisadora do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) vem se configurando como uma das principais estratégias de implementação da atenção primária levada a cabo pelo Ministério da Saúde desde a década de 1990. No entanto, existem significativas diferenças regionais na sua implantação decorrentes das diferentes situações políticas municipais, bem como das articulações previstas com o sistema de saúde (Souza, 2002). As metrópoles constituem situações particulares para estudar as potencialidades do PSF como modalidade estruturante do sistema de saúde brasileiro, pois são elas que apresentam a maior densidade tecnológica e diversidade da capacidade instalada de serviços abrangendo os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário). No caso específico do município de São Paulo, além destas qualificações gerais, tem-se uma situação privilegiada, uma vez que a capacidade instalada nominal de alta complexidade, incluindo os equipamentos públicos e os privados, é suficiente para atender ao conjunto da população, situação esta necessária para se cogitar a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano dos cidadãos.

O caso da capital paulista é ainda mais complexo, pois o município adere tardiamente ao processo de municipalização da gestão da saúde em decorrência da decisão política da gestão Maluf-Pitta (período 1993-2000) de adotar um sistema de saúde baseado na transferência de recursos públicos para agentes privados (cooperativas), sem nenhum controle efetivo dos gastos, em modalidade assistencial caracterizada pela queixa/condução e atendimento sem fila de espera, conhecido como Plano de Assistência à Saúde (PAS). Esta opção política patrocinadora de interesses privados subalternos – uma versão primitiva de acumulação privada à custa de recursos públicos – significou interregno na política de estruturação do sistema municipal de saúde em moldes condizentes com os princípios e diretrizes do SUS iniciada no Governo Erundina (1989-1992) por meio da organização dos Distritos de Saúde (Cohn; Elias; *et alii*, 1999). Somente após 8 anos, a administração Marta Suplicy (2000-2004) retoma o projeto original da estruturação do SUS da

administração Erundina. Contudo, a grande novidade desta retomada é justamente a adoção do PSF como eixo estruturante do sistema municipal de saúde, acoplada à diretriz da abordagem preferencial às populações de baixa renda, caracterizando-se a focalização como estratégia para a universalização da atenção básica de saúde. Não obstante, os propósitos enunciados no projeto da Secretaria Municipal de Saúde defrontam-se com constrangimentos de várias ordens para a sua efetivação, dentre os quais os aspectos relativos à gestão do sistema, a gerência dos serviços, a cultura da rede assistencial (sobretudo as disputas entre as possibilidades de modalidades assistenciais) e a dinâmica da organização da saúde na região metropolitana.

*As metrópoles constituem situações
particulares para estudar as
potencialidades do PSF como modalidade
estruturante do sistema de saúde
brasileiro, pois são elas que
apresentam a maior densidade
tecnológica e diversidade
da capacidade instalada de serviços*

Desta perspectiva, torna-se relevante a produção de estudos e análises que considerem a abordagem da implementação do PSF em regiões metropolitanas a partir da percepção dos diferentes atores envolvidos no processo, com especial destaque para as instâncias de formulação política e a técnico-operacional. A par disso, o Ministério da Saúde, associado a agências multilaterais tais como o PNUD, tem fomentado o desenvolvimento de pesquisas com intuito de elaborar indicadores sensíveis à complexidade da abordagem proposta pelo PSF para consolidar nas três esferas de governo um procedimento de avaliação desta política de saúde. Tal diretriz

já vem frutificando por meio de um conjunto de pesquisas, boa parte das quais em andamento em várias instituições acadêmicas, envolvendo a implementação do PSF em regiões metropolitanas (Viana 2002; Souza, 2002; Caetano e Dain, 2002).

O presente artigo, parte de um estudo em andamento no CEDEC, intenta apresentar preliminarmente algumas questões referentes à implementação do PSF no município de São Paulo da ótica dos gestores em nível central e distrital e dos quadros técnicos operacionais vinculados às instituições privadas que configuram a gestão de parceria público-privada consagrada na Projeto QUALIS, desenvolvido pelo Governo do Estado desde 1995.

O material apresentado provém de estudo de caso da implantação do PSF no município de São Paulo, a partir da técnica de análise documental e realização de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave do processo. A análise do processo de formulação e de implantação do PSF por meio de pesquisa documental adquire maior relevância quando preenchida pelas experiências dos vários atores envolvidos. Neste sentido, foram entrevistados gestores, diretores de distritos de saúde e representantes das instituições parceiras. São definidos como gestores os que ocupam cargos vinculados ao Gabinete da SMS, sendo analisadas separadamente das entrevistas realizadas com os diretores de Distritos de Saúde, dada a especificidade de inserção local.

O material coletado foi processado considerando-se os seguintes elementos: expressão política assumida pelo PSF na Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP); peculiaridades constitutivas do processo de implantação; e por fim a modalidade de gestão adotada.

A EXPRESSÃO POLÍTICA DO PSF NA SMS

As diretrizes da Municipalização, Distritalização e o Programa Saúde da Família foram assumidas como centrais para a construção do SUS na capital paulista

pela gestão que assumiu a Secretaria Municipal de Saúde em janeiro de 2001. Quanto ao PSF, este era considerado como “a estratégia estruturante do sistema municipal de saúde”, cuja implantação passou a representar uma possibilidade de “estruturação da atenção básica na rearticulação dos serviços e na organização do SUS na capital” (SMS, 2001).

A importância assumida pelo PSF no contexto da política de SMS fica clara quando se analisa o trâmite legal da solicitação para o financiamento do projeto. Imediatamente após o começo da gestão, o Plano de Implantação⁵ foi negociado diretamente, sem a intervenção da Comissão Bipartite, com o Ministério da Saúde (MS). Somente após a negociação direta município-União, é que o plano foi submetido ao trâmite formal através de suas instâncias legais – Secretaria de Estado da Saúde e Comissão Intergestores Bipartite, em fevereiro de 2001. Este procedimento denota a persistência de mecanismos de relação direta entre as esferas federal e municipal e a importância da estratégia do PSF na capital paulista.

O documento de implantação do PSF afirma ser o Programa uma “proposta que vem reestruturando de forma ascendente o sistema de saúde brasileiro” e sua implantação representaria uma possibilidade de “estruturação da atenção básica na rearticulação dos serviços e na organização do SUS na capital” (SMS, 2001). Este ideário é corroborado pelos atores:

“O PSF é um modelo estruturante do SUS no município. A gente vai estruturar o SUS, que não existia no município, através do Programa de Saúde da Família”. (Diretor de Distrito de Saúde)

“(…) o PSF tem que ser mesmo o eixo estruturante da atenção básica... Há uns anos atrás era o postinho que fazia puericultura e vacina, hoje através do PSF você tem a porta de entrada do Sistema Único de Saúde”. (Diretor de Distrito de Saúde)

⁵ Plano de Implantação elaborado pela SMS, com diretrizes definidas pela Coordenação Municipal do PSF e de acordo com o Plano de Saúde Distrital aprovado pelo Conselho Gestor.

A mudança de enfoque nos serviços traduz uma nova significação política no interior do sistema municipal de saúde. Segundo um dos gestores entrevistados, na medida em que se ampliam o planejamento e a possibilidade de implementação de determinadas ações em saúde, “o PSF é uma ferramenta importante da política de saúde no Município. O PSF foi deixando de ser, gradativamente, um programa para ser uma política de saúde no município”.

A implantação das mudanças propostas é compreendida como uma opção que privilegia resultados a longo prazo. Segundo um diretor de Distrito de Saúde:

“Todo mundo reconhece, a prefeita reconhece, nas instâncias municipais todo mundo reconhece (o PSF). Eu acho que na saúde as mudanças demoram, pra você ter um reconhecimento demora muito. As pessoas têm essa cultura da resolutividade na hora, tem que ser naquele momento. Então, dá a impressão que o PSF funciona muito devagarinho, eu acho que é assim mesmo”.

O PSF é também apresentado como estratégia privilegiada para a estruturação do SUS no município, constituindo-se em “porta de entrada” do sistema de saúde, bem como na garantia de acesso da população a todos os níveis do sistema de saúde de maneira organizada e, fundamentalmente, humanizada:

“(...) sempre tenho defendido esta estratégia de organização dos serviços, como forma de entrada organizada no sistema, pois o sistema de saúde nunca teve uma porta organizada, o que é um fator de ineficiência, desperdício e principalmente de desumanização; deixa o cidadão à sua própria sorte”. (Gestor)

“Esta é orientação de longa data da OMS, não é invenção do Brasil ter uma porta de entrada organizada, sistema atenção básica, isto é orientação de todos os países que têm sistema de saúde organizado, não é uma invenção do Brasil, é uma adaptação”. (idem)

Portanto, na concepção dos atores trata-se não apenas de mudança na organização do sistema de saúde,

mas de pressupostos e práticas para a substituição da modalidade de atenção à saúde vigente. Nesse sentido, a mudança de modelo é desejada e imprescindível, pois sem ela a proposta e seus princípios – de ampliação do acesso, de humanização, de diagnóstico e de atendimento às demandas em realidades específicas – tornam-se praticamente inviáveis.

“O PSF no município é estratégico, está claro que a despeito do que temos aqui, embora ainda não tenha aprofundado do ponto de vista científico, o modelo chamado de antigo, do especialista em grandes áreas, já está desgastado, criando uma burocracia, não consegue dar conta da vazão da porta e nem atender bem a população. A intenção é substituir mesmo o modelo, não tem como manter mesmo os dois modelos o antigo e o novo (...) A estratégia é substituição, pois senão nem uma avança nem outra se retrai, quem não tá interessado no PSF, vai para outros serviços, mas vai chegar uma hora que muita gente vai ter que fazer opção”. (Gestor)

*O caso da capital paulista
é ainda mais complexo,
pois o município adere
tardamente ao processo
de municipalização
da gestão da saúde*

“O PSF dá à população uma coisa que a rede nunca conseguiu fazer, vai até aquele que nunca tiveram acesso, dá atendimento. Se o PSF se concretizar em toda a sua totalidade, é a forma mais concreta de implantação do SUS no município. Isso ainda não foi alcançado. ...O PSF é um grande caminho para inserir uma população excluída, que não tem acesso ao sistema”. (Gestor)

A garantia da implantação do PSF nos distritos parece estar relacionada a algumas condições específicas, em especial ao apoio da população e ao envolvimento de profissionais:

“Diretor de distrito é muito suscetível à pressão da população; onde o PSF está instalado é bem aceito, existe pressão para ampliação, porém esta ampliação está articulada com recursos financeiros e gente (...). Não houve nenhum distrito que não quisesse implantar, a população também, inclusive o PSF é prioridade no Orçamento Participativo”. (Gestor)

No entanto, a centralidade do PSF na política de saúde municipal, observada nos parágrafos anteriores, não foi consensual no início da gestão, como se pode notar no trecho que se segue:

“ (...) No momento de implantação, na entrada do governo, o PSF teve uma certa resistência (...). Se você olhar o resto do Brasil, ele é aplicado nas regiões mais carentes, ele vem para consolidar o SUS. Como ele foi concebido em São Paulo, ele serviu como eixo estruturante (...). O PSF veio no momento da reestruturação (das UBS com o fim do PAS em junho de 2001) e da mudança de modelo. E isto, até se ter o entendimento e a ‘compra’ da idéia, demorou. E foi um momento de conflito na Secretaria, mas toda e qualquer mudança gera conflito. O que foi salutar porque, quando houve o entendimento, ele foi abraçado por todos os profissionais que perceberam que a única alternativa de acabar com as filas, de poder levar a saúde ao usuário, ao mais carente – aquele que sequer consegue chegar à Unidade – seja por questões de falta de dinheiro ou até por deficiência física”. (Gestor)

Esses conflitos, longe de demonstrar uma fraqueza do programa, apontam para a sua consolidação como elemento norteador da gestão da SMS-SP entre 2001 e 2002.

PECULIARIDADES DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

O PSF começou a ser implantado na capital paulista em 1995, através de ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, e passou a ser denominado Qualidade Integral em Saúde (QUALIS). Ou seja, a gestão

Marta Suplicy, ao assumir a SMS, se defronta com uma situação em que o município se encontrava excluído de qualquer modalidade de gestão do SUS e com a singularidade de concentrar diversas Equipes de Saúde da Família (ESF) em algumas regiões da cidade, sendo geridas por organizações sociais parceiras do governo estadual.

Diante desse quadro, a proposta inicial da SMS foi a de transformar gradativamente a rede básica na estratégia de Saúde da Família, no período de 2001-2004, integrada e incorporada no processo de distritalização. Foram consideradas estratégias fundamentais para a implantação do programa: a abertura de debate político com as lideranças comunitárias; a integração das unidades de saúde que estavam sob controle do PAS à rede de serviços da SMS e implantação do PSF nessas unidades; a municipalização de 250 unidades de saúde do Estado para transformação em Unidades de Saúde da Família (USF) e a elaboração de proposta de atuação articulada e hierarquizada das USF com a rede de Média e Alta Complexidade para garantir a atenção integral à saúde. Destas, sem dúvida, a mais bem-sucedida foi a municipalização das unidades de saúde do Estado, incluindo aquelas pertencentes ao QUALIS.

A proposta de implantação do PSF priorizava os Distritos Administrativos com maior número de famílias com renda inferior ou igual a 5 salários mínimos; exceção feita para os Distritos de Saúde vinculados a instituições universitárias. Esta população foi denominada de “população-alvo”.

Esta opção merece ser destacada, pois numa primeira aproximação parece bastante coerente. No entanto, a ausência de um projeto concomitante de expansão da rede básica implicou que a implantação do PSF se restringisse à rede existente, claramente insuficiente para prover adequada cobertura assistencial na atenção primária aos munícipes. Ademais, deve-se considerar que no caso paulistano ocorre uma distribuição marcadamente desigual de serviços de saúde, mesmo quando da comparação entre áreas periféricas (Bousquat, 1995).

Entretanto, os critérios não foram questionados pelos entrevistados, os quais concordam com a opinião de que o PSF deveria ser implantado nas áreas periféricas, a partir da rede básica existente:

“Eu acho que o PSF, na minha opinião, não deve ser implantado na cidade inteira. Até por uma questão orçamentária, financeira, você tem que privilegiar as áreas periféricas. Acho que não tem sentido colocar o PSF em Moema, Vila Mariana, a não ser em determinados bolsões, em favelas, mas na cidade como um todo não dá, porque as necessidades são diferentes”. (Diretor de Distrito de Saúde)

A meta inicial previa a implantação de 1.749 Equipes de Saúde da Família e 10.496 Agentes Comunitários de Saúde para o quadriênio de 2001-2004, incluindo também 875 equipes de saúde bucal. A cobertura prevista aproximava-se de 6 milhões de habitantes e o atendimento à totalidade da denominada “população-alvo”. A expansão do programa deveria “estimular a extensão da cobertura e o aumento da qualidade do atendimento no sistema de saúde”⁶.

Em fevereiro de 2003, a SMS contava com 572 ESF e 4.499 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cobrindo cerca de 2.100.000 paulistanos. Este número de equipes era um pouco inferior à meta prevista, em parte pelo corte orçamentário de 8% na SMS ocorrido em 2002; bem como pela existência de 169 equipes incompletas pela ausência de médicos. Vale destacar que a maior parte destas equipes incompletas se encontrava na zona sul da cidade, áreas, portanto, com maior dificuldade em fixar médicos, seja pela rarefação de equipamentos públicos, inclusive serviços de saúde, seja por se constituírem em bolsões de expressão da violência. Esta dinâmica não constitui peculiaridade do caso paulistano, nem mesmo brasileiro, pois em 1979, Knox, estudando a distribuição de médicos no sistema de saúde inglês (NHS), encontrou realidade semelhante, demonstrando que as regiões mais pobres continuavam com grandes dificuldades para

atrair novos médicos, mesmo após tantos anos de implantação do NHS.

Ademais, ocorria um questionamento sobre a destinação das UBS, que de certo modo expressa a disputa ideológica pela modalidade assistencial e de interesses corporativos acomodados no interior dos serviços de saúde.

“... o sistema híbrido não funcionaria. Enquanto houver uma unidade de saúde tradicional e uma Unidade de Saúde da Família convivendo, ele não se concretiza”. (Gestor)

“O PSF convivendo com uma UBS na mesma Unidade e considerando que a UBS trabalha reativamente e o PSF pró-ativamente, não tem havido uma relação equilibrada. Muitas vezes, o PSF traz uma demanda pró-ativa de uma família, por exemplo, e não há respostas na própria UBS. O profissional do PSF, muitas vezes, encontra barreiras na própria UBS da qual, teoricamente, ele faz parte. Muitas vezes o próprio gerente da UBS não entende a importância da incorporação do PSF na sua Unidade. E essa barreira não termina na UBS, ela continua no sistema de referência e contra-referência. Muitas vezes, o PSF precisa de exames de laboratório, do atendimento hospitalar, e a autarquia também não está ‘azeitada’ no sentido de ter uma interlocução dos serviços. E isso, num centro urbano como o nosso, não é simples de equacionar”. (Gestor)

A necessidade da articulação do PSF com os demais níveis de atenção é destacada por grande parte dos entrevistados, expressando a concepção corrente de hierarquização e regionalização do sistema de saúde.

“Nós atravessamos um perigo, nesse período, é que entre o Programa de Saúde da Família e o grande hospital nós não temos nada! O que nós precisamos é criar Unidades intermediárias entre o Programa de Saúde da Família e o grande hospital. Mais gente está sendo vista por médicos, está aumentando a demanda violentamente aqui (mostrando um desenho simbolizan-

⁶ Disponível no site: www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/servicos/saude_familia.asp em 15/03/2003

do os grandes hospitais). *Então, nós precisamos, na minha opinião, de alguns hospitais de nível secundário para dar resolutividade ao Programa de Saúde da Família. E eu acho, também, que nós precisamos nesses mesmos hospitais, ou de uma outra maneira, de centros de diagnóstico, porque senão nós vamos lotar cada vez mais os grandes hospitais*". (Parceiro)

Na opinião de alguns gestores, a viabilização desse sistema integrado parece encontrar ainda certos problemas:

"Uma questão importante não resolvida é articulação com os especialistas, com os hospitais, como fazer de forma virtuosa esta articulação, mas isto só dá para pensar agora que o programa está ganhando volume". (Gestor)

"(...) isto envolve contra-referência com a rede de especialidades e a hospitalar; o problema não é no hospital e nos especialistas, o problema é ao contrário, o problema é a contra-referência, começa a Unidade a receber pacientes encaminhados de outros níveis os quais não deveriam estar lá". (Gestor)

Expressa-se que a concepção acerca do PSF é de vinculá-lo ao sistema de saúde, confrontando-se no plano do ideário com sua versão de programa isolado ou substitutivo do sistema de saúde. Neste último caso não é incomum a demanda pela inclusão de um conjunto de categorias profissionais, tais como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, dissociada da uma proposta consistente de estruturação do processo de trabalho na abordagem da saúde da família.

A MODALIDADE DE GESTÃO

A estratégia adotada para a contratação dos profissionais merece ser destacada pela continuidade e expansão da experiência de parcerias iniciada com o QUALIS. A forma de operacionalização prevista para a implantação do PSF pressupõe a parceria com instituições de distintas naturezas. Cada instituição parceira é responsável por diversas atividades que vão desde a contratação dos agentes comunitários

de saúde até a complementação salarial sob a forma de contratação em regime CLT dos médicos e enfermeiros do quadro de funcionários da SMS.

O processo de seleção e contratação dos profissionais do PSF é viabilizado através de convênio com as seguintes instituições: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Casa de Saúde Santa Marcelina, Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa), Associação Congregação Santa Catarina, Associação Saúde da Família, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Fundação Faculdade de Medicina da USP, Hospital Israelense Albert Einstein, Santa Casa de São Paulo e o Centro de Estudos João Amorim (CEJAM).

Algumas dessas organizações são também parceiras do governo estadual, gerenciando hospitais de nível de atenção secundário em suas áreas de atuação (Casa de Saúde Santa Marcelina, Organização Santamarense de Educação e Cultura, Associação Congregação Santa Catarina). A Unifesp, por sua vez, gerencia o Hospital Municipal da Vila Maria desde julho de 1992.

Os convênios são firmados através de Termo Aditivo assinado pelo diretor do Distrito de Saúde e pelo representante da instituição parceira. A autorização para a contratação e para o início do repasse do recurso financeiro, que segundo a Coordenação Municipal do PSF variava no período estudado entre R\$ 17.000,00 e R\$ 21.600,00 por equipe/mês, ocorre somente após a apresentação de um Plano de Trabalho pela instituição envolvida.

Esta estratégia de implementação do PSF expressa uma modalidade de gestão cujo núcleo consiste na transferência para o setor privado não lucrativo da responsabilidade pela administração dos recursos humanos envolvidos no projeto. Vale destacar que esta diretriz não se restringe ao PSF, antes significa a expansão da tendência vigente no Estado Brasileiro desde 1990, com a adoção das políticas de ajuste fiscal.

Essa modalidade gerencial produz impactos na cultura corrente da SMS:

“A SMS nunca trabalhou com convênios, não tinha tradição, não tem estrutura, é uma tremenda dificuldade, a Prefeitura também não tem tradição com convênio, várias idas ao Tribunal de Contas, como é uma situação nova os instrumentos jurídicos não se adequam, não pode deixar como interpretação, os parceiros também têm dificuldade em se adequar às exigências, precisa dar um tempo aos parceiros (relatórios, prestação de contas, conteúdos de relatório), este pedaço do gerenciamento (como se opera, formaliza e institucionaliza isso, que estrutura de acompanhamento, trabalhar com parceria) isso não tem, estamos inventando; não tenho conhecimento de outras cidades grandes que tenham usado”. (Gestor)

Mas, mais do que um aspecto gerencial, as parcerias também são concebidas como elementos de estabilização da política pública, sobretudo nas situações de mudança no comando político municipal. Nesta concepção é destacado o papel de co-responsabilização na gestão por meio da participação de instituições da Sociedade Civil qualificadas por referência ao seu compromisso histórico com o SUS:

“A escolha foi de ter parceiros com compromisso com o SUS, histórico na área da saúde e estrutura para ser parceiro da PMSP e querer ser parceiro, tentava duplicar os parceiros do QUALIS (e aqueles que) de alguma forma têm identidade com áreas da cidade (...) hoje são 13 parceiros. É importante no começo da definição do PSF. Outra coisa importante, os projetos, as ações prioritárias, devem tomar uma dimensão que não seja propriedade da SMS, e sim da cidade, quanto mais parceiros houver, mais se imiscuir com iniciativas da sociedade civil para operar e desenvolver este programa (...) maior a chance de os programas continuarem independentemente da nossa presença”. (Gestor)

Do mesmo modo, os representantes das instituições parceiras também observam benefícios nesta parceria, pois leva não só a vantagens gerenciais e administrativas para o Programa, mas permite também estabelecer trocas de experiências, de práticas e de conhecimentos que podem contri-

buir para o seu funcionamento. Reforçam também a necessidade de se estabelecer um compromisso mais estreito entre o aparelho formador e o sistema de saúde:

“Eu acho que as universidades não podem ficar afastadas dessa parceria. (...) eu acho que isso é importante para as universidades e para o poder público”. (Parceiro)

“O papel da instituição é levar a experiência da instituição na área da saúde e também na área social para as comunidades e para o distrito. Outra responsabilidade é a contribuição na área administrativa e também na parte técnica. A ...passa por dificuldades mas está se estruturando para responder à demanda, que é grande para o tamanho da Instituição. A parceria é fundamental porque, além de estar administrando dinheiro público, a instituição está passando o conhecimento de anos de trabalho social”. (Parceiro)

Dada a importância do município de São Paulo no cenário nacional, somada à significativa disponibilidade e concentração de equipamentos de saúde (...), as experiências aí realizadas assumem um alto potencial de serem reproduzidas em outras localidades do país

Também para os diretores de Distritos de Saúde a reciprocidade é um aspecto importante da parceria, em especial no processo de tomada de decisões, pois representantes de instituições parceiras e da SMS devem decidir e gerir conjuntamente os recursos, segundo os interesses e as prioridades do PSF.

O repasse dos recursos financeiros diretamente aos parceiros sem a correspondente explicitação das atribuições na formulação da política local em relação ao PSF, além de questionar a capacidade regulatória da modalidade de gestão adotada, provoca tensões entre os partícipes, fruto de expectativas que não encontram estrutura adequada para o encaminhamento.

“Nós (o distrito) participamos de todas as seleções junto com o ...e discutimos o perfil (dos profissionais). Nós achamos que devemos participar mesmo da disciplina das pessoas aqui dentro, se faltam, se não faltam, cumprimento de horário (...). Eu acho que também o parceiro não vai querer ser uma empresa de contratação de profissional, só para Prefeitura fugir da Lei de Responsabilidade Fiscal. (...) Então, nós temos que participar, o gestor municipal, distrital, (...) junto com o parceiro, da seleção, demissão funcional, da disciplina e da qualificação do profissional, da reciclagem, nós temos feito isso”. (Diretor de Distrito de Saúde)

“(...) o parceiro briga pela co-gestão mas, de fato, a gestão é da SMS. Aí a gente corre o risco de ser parceiro administrativo, e a gente não quer (...). No PSF não se entrega o gerenciamento para o parceiro. Essa é uma grande questão! Quem manda no quê? A gente quer construir junto (...). Os QUALIS são outro tipo de convênio, a instituição parceira recebe recursos e administra (...) cada vez mais a sociedade civil tem que estar junto com o poder público, não tem que ter só o governo, tem que estar junto nas políticas públicas. E que as instituições da sociedade civil têm muito que contribuir, passar para os governos (...). Acreditamos que é possível construir em conjunto”. (Parceiro)

Com relação às parcerias, em especial à co-gestão, é necessário maior esclarecimento do real envolvimento e participação de entidades parceiras nas decisões relacionadas ao PSF. Nos depoimentos anteriores, as noções de participação conjunta e de controle parecem confundir-se, o que pode de fato significar uma relação desigual.

Finalmente, deve-se ressaltar outro aspecto contraditório em torno das parcerias. Se para alguns defensores do PSF as parcerias viabilizam o Programa, para seus críticos, uma das razões para a não implantação do PSF estaria relacionada à questão das parcerias, desde a época do QUALIS:

“Teve alguma resistência do movimento popular, movimentos inclusive que discordavam da parceria com o Marcelina, discordavam dessa OS (Organização Social) do Marcelina, que o Estado fez e passou para o Marcelina. (...) Houve um certo receio que virasse o PAS, essa sombra do PAS que ia privatizar todo mundo, então houve uma resistência. Houve resistência por parte dos profissionais”. (Diretor de Distrito de Saúde)

Nesse caso, entra em cena, ainda que pela voz de um diretor de Distrito, o descontentamento de representantes dos movimentos sociais em relação às alternativas de repasse da administração direta dos serviços de saúde estaduais, tal como a modalidade das Organizações Sociais em vigência e expansão na Região Metropolitana de São Paulo dos equipamentos hospitalares pertencentes à SES.

Nos depoimentos aflora outra dimensão do contraditório em relação à modalidade de gestão adotada no município de São Paulo, isto é, possíveis disjunções de perspectivas entre parcelas dos componentes do controle social e parcela dos gestores e técnico-operativos do PSF. Para os primeiros trata-se de rejeitar qualquer modalidade de gestão que contemple a parceria público/privada, enquanto os gestores e representantes das instituições parceiras enfatizam a reciprocidade entre os parceiros.

Assim, a reciprocidade ganha status de questão a ser tratada no âmbito do interesse público, isto é, da “res publica”, pois a depender do seu conteúdo e das formas operacionais adotadas no cotidiano desta parceria pode-se configurar como privatizante com mais ou menos sutilezas nos mecanismos de privatização e, portanto, passa a se caracterizar como forma anti-republicana de gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a importância do município de São Paulo no cenário nacional, somada à significativa disponibilidade e concentração de equipamentos de saúde, públicos e privados, para além da densidade tecnológica também presente, as experiências aí realizadas assumem um alto potencial de serem reproduzidas em outras localidades do país. Sendo assim, a análise do processo de implantação do PSF neste município é central para confirmar a potencialidade do Programa como estruturante da atenção primária à saúde.

A análise do processo inicial de implantação do PSF na capital paulista, pela voz dos principais atores envolvidos, desvela alguns elementos que merecem ser aprofundados em novas pesquisas. Entre estes se destacam: as disputas ideológicas e operacionais presentes na modalidade de gestão assumida; a insuficiência do “modelo padrão” do PSF diante da complexidade da rede de atenção à saúde e do mix público/privado existente no município; as dificuldades na expansão efetiva da rede para o conjunto da cidade e, por fim, a articulação do PSF no interior de um complexo sistema de saúde, que se assenta, sobretudo, em dinâmicas metropolitanas (Bousquat, 2000).

Os elementos elencados nos parágrafos anteriores confirmam que se está diante de uma experiência central na construção do SUS no país, que, dada sua magnitude, deve continuar a ser enfrentada pelos pesquisadores, formuladores e implementadores de políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bousquat, A. *Saúde Pública e espaço urbano - A trajetória da Região de Santo Amaro 1958-1991*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1995 (Dissertação de Mestrado)
- _____. *Para a incorporação do espaço no estudo da Saúde*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2000 (Tese de Doutorado)
- Caetano, R; Dain, S. “O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos Desafios”. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 12 (1) pp.11-23, 2002.
- Cohn, A., Elias, P. et alii. *O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo*. São Paulo: Cortez/Cedec, 1999, 248 p.
- Knox, Paul; “Medical Deprivation, Area Deprivation and Public Policy”- *Social Science & Medicine* vol. 13d pp 111-121, 1979.
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, “Projeto de Implantação do PSF no Município de São Paulo”. 2001, mimeo.
- _____. “Implantando o PSF no Município de São Paulo – Balanço de um ano”. 2002, mimeo
- Souza, H. “Saúde da Família: desafios e conquistas” in Negri, Barjas e Viana, Ana Luiza D’Ávila. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. Sobravime/Cealag. São Paulo, 2002.
- Sousa, Maria Fátima de (org.), Os sinais vermelhos do PSF São Paulo, Hucitec, 2002 (Saúde em Debate, 148).
- Viana, A. “Relatório de Pesquisa: Indicadores de Monitoramento da implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos”. Mimeo, Brasília, 2002.



DE OLHO NO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA e no *Programa Saúde da Família*

AQUILAS MENDES¹
ROSA MARIA MARQUES²

RESUMO

Este artigo analisa a estratégia adotada pelos gestores federal e estadual do SUS, que prioriza a destinação dos recursos financeiros em nível de Atenção Básica e ao Programa de Saúde da Família (PSF). É dado destaque à expansão dos recursos federais aos municípios, em forma de incentivos, destinados especialmente à Atenção Básica e ao PSF. O artigo destaca, também, a alocação de recursos dos Estados a esse nível de atenção de saúde e a esse programa, identificando, particularmente, as formas de incentivos dos governos do Ceará, Mato

Grosso e Rio Grande do Sul. Por último, são discutidos alguns problemas no financiamento da Atenção Básica e do PSF em nível dos municípios, tanto pela instabilidade de seus recursos próprios quanto pelas consequências provenientes da sistemática de incentivos financeiros federais e estaduais à autonomia do sistema de saúde local.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde, Programa de Saúde da Família, Financiamento do PSF, PAB, Incentivos Financeiros.

¹ Professor de Economia da FAAP/SP, vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, coordenador da Coordenadoria de Gestão de Políticas Públicas do Cepam/SP e autor, entre outros, de *Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira* (Hucitec, 2003).

² Professora titular da PUCSP, especialista em políticas sociais e autora, entre outros, de *Proteção Social e o Mundo do Trabalho* (Bienal, 1997). Foi presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (1998 e 2002).

APRESENTAÇÃO

O período pós-1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica de Saúde³. Essa expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Ao mesmo tempo que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistêmicas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da Atenção Básica.

Considerando que essa expansão está reorientando a reorganização da lógica assistencial do SUS, este artigo analisa a estratégia dos gestores federal e estadual do SUS. Inserido numa discussão mais ampla sobre o financiamento do setor, opta-se por olhar em profundidade, isto é, estar “de olho” na discussão acerca do crescimento dos recursos financeiros destinados à Atenção Básica, por meio das transferências federais e estaduais a municípios, enfatizando-se o crescimento de recursos para o Programa de Saúde da Família (PSF).

Para isso, na primeira parte, dedicada à expansão do gasto com a Atenção Básica, analisa-se o movimento, realizado pelo governo federal (Ministério da Saúde), de substituição do pagamento direto aos prestadores pela transferência, destinada, em especial, à Atenção Básica. Destaque é dado aos recursos transferidos na forma de incentivos, através do PAB Variável, tal como o PSF. Na segunda parte, voltada para a alocação de recursos dos Estados ao PSF, são analisados os diferentes tipos de incentivos financeiros repassados pelas secretarias estaduais de saúde a este programa. Esta parte trata, especificamente, da descrição e análise das experiências dos Estados do Ceará, Mato Grosso e Rio Grande do Sul com a alocação de recursos estaduais para a Atenção Básica, em geral, e ao PSF, em particular. Finalmente, na terceira parte, são discutidas algumas tensões presentes no financia-

mento da Atenção Básica e do PSF, tendo em vista a dificuldade crescente da fonte municipal de recursos, bem como a definição antecipada de incentivos financeiros – federais e estaduais – “carimbados” a determinados programas, comprometendo a autonomia do sistema de saúde local.

Alterações na sistemática da participação do governo federal no financiamento da saúde pública ocorreram, em parte, como resultado da continuidade da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A EXPANSÃO DO GASTO COM A ATENÇÃO BÁSICA

A partir de 1997, quando teve início a vigência da NOB 96, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa. De um lado, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências a municípios. De outro, focalizou a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências⁴.

Essas alterações na sistemática da participação do governo federal no financiamento da saúde pública ocorreram em parte como resultado da continuidade da implementação do Sistema Único de Saúde - SUS. Como é sabido, o avanço do SUS resultou em maior participação dos municípios no financia-

³ Ver Sousa (2000).

⁴ Há quem afirme que a NOB 96 – em que pese ser um instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar as transferências diretas Fundo a Fundo no campo da Atenção Básica –, pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais. Isto porque, ao introduzir o mecanismo de transferência para a Atenção Básica (PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB 93), criou as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente. Nota-se que, já em 1997, Bueno e Merhy afirmavam, de forma contundente, que a NOB 96 iria inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente (Bueno & Merhy, 1997).

to da saúde e, portanto, na queda relativa dos recursos da União, muito embora eles continuem, de longe, a ser a principal fonte de receita. Para se ter uma idéia, no período 1980–1990 o governo federal contribuía com 77,7% dos recursos gastos em saúde pública e os municípios com 9,5% (Marques & Mendes, 2001). Em 1994, esses percentuais já haviam se alterado para 60,7% e 17,2%. Essa tendência, de queda da participação do governo federal e de aumento da esfera local, se mante-

ve, apesar das oscilações, até o ano de 2001, sendo 56,4% e 21,3%, respectivamente (Tabela 1). Ao mesmo tempo que isso ocorria, os recursos da União assumiram a forma de transferência para os municípios. Isso foi resultado direto da crescente implantação do processo de descentralização do SUS, particularmente a partir do histórico documento “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”, que introduz a NOB93.

TABELA 1. GASTO PÚBLICO COM SAÚDE, SEGUNDO ORIGEM DOS RECURSOS*
(1994–1996 E 2000/2001), EM R\$ 1.000 DE DEZEMBRO DE 2003

ANOS	1994	1995	1996	2000	2001
Federal	29.235.166,82	34.669.446,60	29.651.194,12	32.082.884,85	32.063.399,32
%	60,7	63,8	53,7	58,3	56,4
Estadual	10.656.990,37	10.200.406,00	10.224.852,73	9.593.411,65	12.682.855,73
%	22,1	18,8	18,5	17,4	22,3
Municipal	8.292.283,69	9.472.278,77	15.316.374,72	13.367.868,69	12.112.839,74
%	17,2	17,4	27,8	24,3	21,3
TOTAL	48.184.440,88	54.342.131,37	55.192.421,58	55.044.165,18	56.859.094,80
% do PIB	3,32	3,39	3,17	3,22	3,36

Fonte: SIAFI/SIDOR para Gasto Federal; IBGE/DECNA para Gasto Estadual e Municipal. SIOPS, Para Dados de 2000

Elaboração: IPEA/DISOC. Deflator: IGP-DI.

* O GPS com base na origem dos recursos contabiliza as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços pela rede própria estadual e municipal, registrando-as como dispêndio da instância transferidora. Para maiores detalhes consultar Piola & Biasoto Jr (2000).

A responsabilização crescente do município pela execução das ações e serviços de saúde não poderia - seja pela Lei Orgânica da Saúde, seja pelos princípios da unicidade da direção do SUS, através das três esferas de governo, e da participação da comunidade inscritos na Constituição Federal de 1988 - ser implementada sem gerar a necessidade de conceder ao gestor local a possibilidade de planejar o uso dos recursos. É isso que explica o movimento no sentido da substituição do pagamento direto pela transferência.

Contraditoriamente, exatamente quando a forma Transferências se firma como alternativa à Remuneração por Serviços Produzidos pelo Ministério da Saúde, os recursos federais ganharam um “carimbo”, classificando sua destinação. Em que pesem as intenções da NOB 96, a separação dos recursos para a Alta e Média Complexidade daqueles destinados à Atenção Básica, mediante a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) - fixo ou variável, reforçou o papel definidor da política de saúde pela esfera federal. Dessa forma, o aumento de importância das

Transferências não foi acompanhado pela autonomia dos municípios na determinação da política de saúde. Esses, dependentes dos recursos federais, passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal, o que torna a descentralização e a participação da comunidade princípios cada vez mais esmaecidos, esquecidos em nome da “eficiência” do gasto em saúde (Elias, Marques, Mendes, 2001).

A Tabela 2 ilustra claramente esse movimento. A queda da participação relativa da Remuneração por

Serviços Produzidos efetuados pelo Ministério da Saúde aos prestadores de serviços da saúde, de 71,34% para 19,70% entre 1997 e 2003, e o consequente aumento das Transferências de 28,66% para 80,30% refletiram-se na expansão da despesa com Média e Alta Complexidade e com a Atenção Básica. No período, a primeira despesa aumentou sua participação no total dos recursos federais de 28,66% para 51,90%. Observa-se que, nesta categoria de despesa, a prática de “carimbos” manifestou-se através do crescimento do item “Outros” (campanhas⁵).

TABELA 2. RECURSOS FEDERAIS DO SUS – POR TIPO DE DESPESA (1997-2003)*
EM PORCENTAGEM E R\$ 1.000 DE DEZEMBRO DE 2003

TIPO DE DESPESA	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS PRODUZIDOS	71,34	55,31	45,88	38,99	33,41	30,77	19,70
Atendimento Ambulatorial (MS)	38,24	26,31	20,76	19,81	17,82	16,76	11,39
Internações Hospitalares (MS)	33,10	29,00	25,11	19,18	15,59	14,01	8,31
TRANSFERÊNCIAS	28,66	44,69	54,12	61,01	66,59	69,23	80,30
Média e Alta Complexidade	28,66	29,01	32,77	36,41	40,62	41,69	51,90
Assistência Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	22,74	26,14	30,83	32,75	35,18	35,09	43,24
Fator de Recomposição - 25%	5,68	1,93	-	-	-	-	-
Outros	0,23	0,93	1,95	3,66	5,44	6,60	8,66
Atenção Básica	-	15,68	21,35	24,60	25,06	25,36	25,68
PAB Fixo e Ampliado (a partir de 2002)	-	13,30	15,54	14,03	12,22	11,30	10,96
PAB Variável	-	2,38	5,52	10,20	12,23	13,37	14,11
Outros	-	-	0,29	0,37	0,62	0,68	0,61
Ações Estratégicas	-	-	-	-	0,91	2,19	2,72
TOTAL	100	100	100	100	100	100,00	100,00
	15.441.268,26	17.592.897,65	19.514.550,81	19.525.097,83	20.519.925,37	19.748.947,42	17.913.478,30

Fonte: Datasus. * Regime de competência.
Elaboração própria. Deflator: IGP-DI

Vale lembrar que a NOAS e o processo a ela associado, definido como “regionalização da saúde”, em que pese promoverem modificações importantes nas relações entre os gestores do SUS – estaduais e municipais, acentuaram o uso dos incentivos financeiros enquanto determinantes da política de saúde. Dito de outra maneira, a forma assumida pelo financiamento (limites financeiros para a Média e Alta Complexidade)

acaba configurando a política de saúde e reforçando a centralização pelo Ministério da Saúde, o que cria constrangimentos ao exercício da autonomia local.

Além disso, chama atenção o fato de aumentar, a cada ano, o número de itens “carimbados”, para os quais se destinam os recursos federais. Para se ter uma idéia, o Datasus registra, para 1997, apenas 5

⁵ As campanhas, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, compreendem, entre outras, a humanização do pré-natal e dos nascimentos, o combate ao câncer uterino, transplantes, cirurgia de catarata, etc.

tipos de despesa; para 1998, 14; para 1999, 33; para 2000, 43; para 2001, 77; para 2002, 77; e para 2003, o número de itens registrados atinge a cifra de 87. Esse crescimento dos itens de despesa não assume apenas seu aspecto contábil. Trata-se de recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município ser merecedor dos recursos, é condição a implementação da política. Para ilustrar mais uma vez o nível de detalhamento e “engessamento” que está ocorrendo com os recursos federais repassados para os municípios, no ano de 2001, foram criados 25 itens como desdobramento das Transferências para Ações Estratégicas; em 2002, 32; e, em 2003, 35. Essas Ações compreendem, entre outras, Campanha de oftalmologia, Cirurgias de alta frequência, Cirurgias eletivas, Câncer de colo uterino, Deficiência auditiva escolar, Deformidade crânio-facial. Para esse conjunto de Ações Estratégicas foram destinados, em 2003, 2,72% dos recursos federais gastos com ações e serviços de saúde. Embora esse percentual possa ser considerado pequeno, é indicativo do aprofundamento da política de financiamento da saúde assumida pelo governo federal nos últimos anos.

Em um país onde os municípios são caracterizados por apresentar alto nível de desigualdade de renda e de capacidade de geração de receitas próprias, os incentivos federais e os estaduais cumprem papel fundamental na busca da equidade do gasto do PSF

Os recursos federais transferidos para a Atenção Básica aumentaram significativamente em apenas seis anos: de 15,68% em 1998, ampliou-se para 25,68%, em 2003. Contudo, como pode ser visto

na Tabela 3, a ampliação da participação da Atenção Básica no total de recursos repassados pelo governo federal foi de apenas 0,32 ponto percentual, entre 2002 e 2003, refletindo a priorização que a NOAS2001 concedeu ao nível da Média e Alta Complexidade nesses últimos anos. Além disso, embora a NOAS2001 tenha se preocupado em ampliar o Piso da Atenção Básica (PAB - Ampliado), o que resultaria na ampliação clara da participação desse nível de atenção no total dos recursos federais, poucos municípios se habilitaram para essa modalidade durante os anos de 2001/2002/2003.

Ao longo do período 1998-2003, o PAB Variável assume crescente importância no interior da Atenção Básica: passando de 2,38% para 14,11% do total de recursos federais. Por outro lado, chama especial atenção o que ocorreu sobretudo a partir de 2001. Pela primeira vez, os recursos destinados para o PAB variável igualaram-se aos repassados para o PAB fixo em 2001 (12,23% e 12,22%, respectivamente). Sendo que, a partir de 2002, os recursos do PAB variável ultrapassam o PAB fixo e ampliado, isto é, em 2002, 13,37% e 11,30%; e em 2003, 14,11% e 10,96%, respectivamente. Isso foi resultado não só do fato de o volume de recursos destinados ao PAB variável ter aumentado, como de ter decrescido o volume de recursos transferidos para o PAB fixo.

Entre os componentes do PAB variável, os grandes destaques, a partir do ano de 2001, foram o Programa Saúde da Família e Epidemiologia e Controle de Doenças. A expansão de seus recursos foi acompanhada pela queda do volume de recursos em todos os outros itens que compõem o PAB variável, com exceção do Incentivo à Saúde Bucal.

A presença cada vez mais importante do Programa Saúde da Família no interior do PAB variável é marcante em todo o período. Para se ter uma idéia, entre 1998 e 2003, enquanto os recursos destinados para a totalidade da Atenção Básica foram ampliados em 67%, os recursos para este programa aumentaram 1.074%.

TABELA 3. A ATENÇÃO BÁSICA E O GASTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998-2003)*
EM PORCENTAGEM E R\$ 1.000 DE DEZEMBRO DE 2003

Itens da Despesa com a Atenção Básica	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
ATENÇÃO BÁSICA	2.759.202,73	15,68	4.166.064,89	21,35	4.803.480,56	24,60	5.142.993,49	25,06	5.007.439,97	25,36	4.599.364,35	25,68
PAB FIXO e AMPLIADO (a partir de 2002)	2.339.846,27	13,30	3.032.634,23	15,54	2.739.728,10	14,03	2.507.563,81	12,22	2.232.100,00	11,30	1.963.592,99	10,96
PAB VARIÁVEL	419.327,87	2,38	1.076.955,88	5,52	1.990.732,13	10,20	2.509.165,82	12,23	2.640.472,62	13,37	2.527.212,08	14,11
Programa agentes comunitários de saúde	195.783,43	1,11	359.334,64	1,84	445.243,23	2,28	432.427,11	2,11	490.899,96	2,49	500.378,20	2,79
Programa de Saúde da Família	90.559,47	0,51	189.278,73	0,97	584.968,37	3,00	795.444,89	3,88	974.858,90	4,94	1.063.287,83	5,94
Projeto similar ao PSF	-	-	-	-	-	-	390,64	0,00	320,15	0,00	277,58	0,00
Farmácia básica	-	-	221.497,35	1,14	255.685,47	1,31	236.932,23	1,15	216.050,38	1,09	163.277,68	0,91
Incentivo a ações básicas vigilância sanitária	49.176,56	0,28	66.563,26	0,34	60.283,15	0,31	58.447,02	0,28	54.043,62	0,27	43.938,64	0,25
Inc. ações combate a carência nutricional	83.807,05	0,48	240.281,90	1,23	245.202,27	1,26	222.631,14	1,08	108.142,71	0,55	-	-
Epidemiologia e controle de doenças	-	-	-	-	399.351,00	2,05	720.634,71	3,51	656.779,46	3,33	589.880,01	3,29
Incentivo à saúde bucal	-	-	-	-	-	-	42.258,09	0,21	71.004,38	0,36	86.428,46	0,48
Programa de Expansão do PSF - PROESF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.646,51	0,12
Cadastro nacional de usuários do SUS	-	-	-	-	-	-	-	-	17.028,31	0,09	6.383,69	0,04
Incentivo adicional PACS	-	-	-	-	-	-	-	-	51.344,74	0,26	44.673,76	0,25
Incentivo às Ações de Controle da Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.041,03	0,01
Intensifi Ações Vigilância e Controle da Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.998,68	0,03
OUTROS	29,94	0,00	56.476,15	0,29	-	-	126.263,86	0,62	134.867,35	0,68	108.559,28	0,61
TOTAL DE RECURSOS FEDERAIS	17.592.897,65	100,00	19.514.550,81	100,00	19.525.097,83	100,00	20.519.925,37	100,00	19.748.947,42	100,00	17.913.478,30	100,00

Fonte: Datasus.

* Regime de Competência

Elaboração própria. Deflator: IGP-DI.

ALOCAÇÃO DE RECURSOS DOS ESTADOS AO PSF

Na esteira do governo federal, também as Secretarias de Estado da Saúde têm incentivado a implantação do PSF nos últimos anos, uma vez que esse programa constitui a principal estratégia para o fortalecimento do nível de atenção básica, assumida pelo SUS como sua porta de entrada.

Mais recentemente, dez secretarias estaduais de saúde – Mato Grosso do Sul, São Paulo, Mato Grosso, Amapá, Tocantins, Paraná, Espírito Santo, Minas Gerais, Sergipe e Ceará – proporcionam

incentivos financeiros para a implantação do PSF, ainda que utilizando diferentes critérios de repasses. Algumas dessas secretarias alocam recursos somente a municípios mais pobres (rurais; com baixo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH; comunidades assentadas e quilombadas) e outras buscam atrelar os repasses à expansão da cobertura de saúde da população, através da criação de equipes de saúde da família para todos os municípios.

O quadro 1 apresenta, de forma sintética, os diferentes tipos de incentivos financeiros utilizados pelos governos estaduais para a implantação do PSF.

QUADRO 1. INCENTIVOS ESTADUAIS AO PSF

ESTADOS	TIPO DE INCENTIVOS E CRITÉRIOS UTILIZADOS
MATO GROSSO DO SUL	Área rural - R\$ 15 mil por equipe/ano Área urbana – R\$ 12 mil por equipe/ano Equipes Saúde Bucal • modalidade I - R\$ 5,4 mil por equipe • modalidade II - R\$ 7,2 mil por equipe • mais R\$ 3 mil por equipe implantada, para compra de instrumental e equipamentos odontológicos. Caso a equipe seja desativada no prazo inferior a um ano, o adicional será descontado futuramente dos recursos do FMS.
SÃO PAULO	Custeio: R\$ 8,5 mil por equipe/mês Municípios com baixo IDH Municípios com áreas de assentamento e comunidades quilombadas Investimento: na área de comunicação; meio de transporte e construção e reforma de unidades de saúde da família. Municípios com áreas de assentamento e comunidades quilombadas Custeio/Recursos Humanos Pólos de Campinas e Botucatu - capacitação, formação e educação permanente
MATO GROSSO	Incentivo à contratação de equipes de saúde da família, incluindo valores adicionais de até 100% sobre o valor repassado, caso os municípios consigam alcançar os níveis de cobertura estabelecidos pela secretaria estadual de saúde. Os municípios do Baixo Araguaia e do nordeste do Estado recebem R\$ 24 mil por ano e os demais municípios, R\$ 14 mil. Recursos para o aumento da oferta dos serviços básicos de saúde da família dos assentamentos rurais através do Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais – PASCAR.
AMAPÁ	R\$ 1 mil por equipe/mês
TOCANTINS	R\$ 1 mil por enfermeiro/mês R\$ 1,5 mil por médico/mês Supervisão, acompanhamento, avaliação e seleção dos agentes comunitários de saúde Cessão de odontólogos, biomédicos nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, bioquímico e outros profissionais de saúde aos municípios.
PARANÁ	Distribuição de kits com material médico (estetoscópio, esfigmomanômetro, otoscópio, etc.)
ESPIRITO SANTO	R\$ 2,5 mil por equipe/mês Municípios com população até 14 mil habitantes abrangendo, no mínimo, 80% da cobertura populacional. Municípios na área da Sudene, com população até 25,5 mil habitantes.
MINAS GERAIS	Recursos distribuídos conforme população efetivamente atendida
SERGIPE	Cessão de médicos, enfermeiros e especialistas que integram a unidade de referência para esclarecimento de diagnóstico Cessão de veículos e equipamentos (termo de comodato)
CEARÁ	Recursos distribuídos para custeio e investimento das unidades básicas de saúde da família dos municípios.

Fonte: Departamento de Atenção Básica/MS, em levantamento realizado em junho de 2001. As informações dos Estados do Ceará e de Mato Grosso foram extraídas da Oficina de Trabalho sobre Financiamento e Alocação Equitativa de Recursos, realizada no Ceará, em junho 2002.

A necessidade de complementação de recursos para a implantação do PSF constitui o principal motivo para que essas secretarias estaduais de saúde concedam incentivos aos municípios. Observa-se, no quadro 1, que a maioria dos estados prioriza a utilização de incentivo financeiro no lugar de, por exemplo, doação de equipamentos, reforma, ampliação ou construção de unidades, doação de medicamentos e

pagamento de recursos humanos. Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, entre todos os tipos de incentivos estaduais ao PSF, o financeiro corresponde a 48,6%, enquanto “fornecimento de material didático/educativo” 36,0%, “insumos/medicamentos” 27,2%, equipamentos 20,5% e recursos humanos 17,7% (Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, 1999).

AS EXPERIÊNCIAS DO CEARÁ E MATO GROSSO COM ALOCAÇÃO DE RECURSOS

Alguns dos Estados destacados no Quadro 1, tais como o Ceará e Mato Grosso, ampliaram a utilização de incentivos para além do PSF, dirigindo-os para a organização dos sistemas municipais e para ações e serviços de Média e Alta Complexidade. Nesses estados, os incentivos estaduais ao PSF integram uma proposta mais ampla de “eficiência” na alocação de recursos financeiros aos municípios. Para se ter uma idéia das metodologias utilizadas pelas secretarias estaduais, torna-se importante abordar cada experiência individualmente.

A SES - Ceará adotou um plano de alocação de recursos aos municípios baseado em três eixos: descentralização, regionalização e melhoria da qualidade de vida⁶. Para garantir a descentralização das ações e serviços básicos de saúde, o Estado destina recursos ao pagamento de agentes comunitários de saúde e garante o provento integral do servidor com vínculo empregatício à SES que exercer atividade em unidade de saúde municipalizada. No tocante à regionalização, a política estadual visa implantar o sistema microrregional de saúde através de auxílio financeiro para manutenção e investimento dos hospitais e unidades ambulatoriais de apoio a micro e macrorregiões de saúde.

Quanto à melhoria da qualidade de vida, a alocação de recursos da SES - Ceará procura apoiar os municípios capazes de garantir a execução de ações e de obter resultados sobre o nível de saúde da população. Dessa forma, são transferidos recursos para: custeio e investimento das unidades básicas de saúde da família dos municípios; treinamento de pessoal vinculado à implantação/implementação de ações e serviços estratégicos; aquisição de medicamentos básicos, especiais e excepcionais; e aquisição de equipamentos dos CAPS – Centros de Apoio Psicossocial. O incentivo financeiro, na forma de custeio e investimento, às unidades básicas de

saúde da família correspondeu, em 2002, a 1,6% do total de recursos do Tesouro Estadual previstos no orçamento da SES - Ceará.

O PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são prioridade no Estado de Mato Grosso e, no entender de sua Secretaria Estadual de Saúde, constituem estratégias fundamentais do “melhor modelo de atenção básica em saúde” (Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2001, p.41). Esta secretaria, além dos incentivos do Ministério da Saúde, estabelece mecanismos para facilitar a implantação de equipes de saúde da família nas regiões mais carentes do Estado. Mediante Portaria, prevê a concessão de incentivo financeiro do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, para os municípios que alcançarem a cobertura populacional estabelecida pela SES.

A finalidade principal desse incentivo financeiro é estimular, de forma mais rápida, o desenvolvimento do PSF e do PACS, em todo o território do Estado. Note-se que esse incentivo, implantado em 2001, assim como outros, integra a política de descentralização da saúde, implementada pelo Estado de Mato Grosso desde 1995.

Entre os incentivos utilizados pela SES – Mato Grosso, destacam-se: a) sistema de transferência voluntária (convênio), de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, para custeio das ações de atenção básica, assistência ambulatorial e hospitalar, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de vigilância à saúde; b) recursos destinados à promoção do Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS, contribuindo para a implementação do sistema estadual de referência e contra-referência; c) recursos financeiros para custeio das ações e dos insumos necessários ao desenvolvimento do Programa de Apoio à Organização do Sistema

⁶ Notas da apresentação da SES/Ceará, realizada na Oficina de Trabalho sobre Financiamento e Alocação Equitativa de Recursos, em junho de 2002, no Ceará.

Estadual de Urgência e Emergência; d) recursos para aumento da oferta dos serviços básicos de saúde da família dos assentamentos rurais promovidos pelo INCRA e INTERMAT - MT, através do Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais - PASCAR; e, por último, e) recursos aos municípios que garantirem os serviços nas áreas de reabilitação, hemoterapia e centros de atenção psicossocial.

Particularmente com relação ao PSF, a política de incentivo, além de propiciar recursos financeiros para a contratação de equipes de saúde da família, prevê valores adicionais (até 100% sobre o valor a ser repassado) caso os municípios consigam atingir os níveis de cobertura estabelecidos pela SES/MT⁷. A Portaria nº 049 SES/GS 2002 estabeleceu que os municípios do Baixo Araguaia e do nordeste do Estado devem receber R\$ 24 mil como incentivo financeiro anual e os demais municípios, R\$ 14 mil. Para a SES, a diferença nos valores repassados busca minimizar as desigualdades regionais dos municípios.

A SES exige a assinatura de um Termo de Adesão e Compromisso para o município integrar o Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária. Neste termo, o município fica comprometido a: preencher o SIOPS, no prazo de 90 dias; cumprir as metas pactuadas dos indicadores de saúde da Atenção Básica; implementar e manter a regularidade do Sistema de Informações da Atenção Básica e garantir a alocação de recursos estabelecidos pelo Programa.

Observa-se que as experiências de alocação de recursos do Ceará e de Mato Grosso visam aumentar a importância da Atenção Básica no conjunto dos níveis de atenção à saúde e do PSF em particular. Merece destaque o fato de esses dois estados transferirem recursos através do instrumento Fundo a Fundo (Fundo Estadual de Saúde ao

Fundo Municipal de Saúde), o que, a princípio, estaria contribuindo para a autonomia dos municípios. Contudo, a forma como esse repasse tem sido implementado por esses Estados segue a mesma lógica utilizada pelo governo federal, isto é, a de “premiar” os municípios que desenvolvem os diferentes programas. Nesse sentido, o instrumento Fundo a Fundo torna-se apenas um mecanismo contábil, pois a definição de onde alocar os recursos transferidos não é tarefa do município, de maneira que este é apenas um receptor de recursos. Dito de outra forma, nem o Estado do Ceará e nem o de Mato Grosso repassam recursos de forma global para garantir a expansão da Atenção Básica; mesmo os repasses para este nível de atenção são “carimbados” previamente.

A preocupação em transferir recursos visando ao conjunto de ações e serviços de saúde parece encontrar eco apenas no Estado do Rio Grande do Sul. Neste Estado os recursos do Tesouro estadual são também transferidos Fundo a Fundo, porém podem ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio ou investimento, desde que em ações e serviços públicos de saúde.

ALOCÇÃO DE RECURSOS GLOBAL: A EXPERIÊNCIA GAÚCHA

Desde 1999, a SES – RS adota uma política de financiamento que busca a resolutividade da Atenção Básica e de Média Complexidade como um todo. Para tanto, o governo estadual entende que a distribuição de recursos deve fortalecer o município enquanto esfera de gestão do sistema de saúde. Isto significa fortalecer os sistemas municipais e respeitar as prerrogativas de gestão desta esfera de governo, principalmente no tocante à utilização dos recursos financeiros repassados. Nesta perspectiva, a SES - RS optou por transferir recursos de forma global – Fundo a Fundo – sem vinculá-los ao desenvolvimento de determinados programas. Dentre os diversos projetos de aloca-

⁷ Para os municípios serem contemplados com o novo incentivo financeiro ao PSF/PACS, precisam alcançar uma cobertura populacional conforme os seguintes critérios: a) os municípios com população igual ou superior a 30 mil habitantes precisam atender, pelo menos, 50% da população; b) os municípios com população entre 10 mil e 30 mil habitantes devem atingir uma cobertura populacional de, pelo menos, 60%; e, c) municípios com população inferior a 10 mil habitantes terão que atender pelo menos 70% de sua população (Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2001).

ção de recursos que a SES – RS desenvolve, destacam-se: “Municipalização Solidária”, “Regionalização Solidária”, “Assistência Farmacêutica Básica” e “Cidadania Alimentar”. Especificamente para o financiamento e reordenamento da assistência hospitalar no Rio Grande do Sul, a SES criou o “Saúde Solidária”⁸.

O projeto “Municipalização Solidária” objetiva fortalecer as condições para a gestão e a capacidade de oferta de ações e serviços na esfera municipal. Os valores repassados são calculados com base em critérios técnicos, distribuídos para todos os municípios e transferidos trimestralmente diretamente aos Fundos Municipais de Saúde. A distribuição dos recursos ocorre mediante dez diferentes “Frações”. A Fração principal - que orienta a maior parte dos recursos transferidos - está baseada em critérios demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada e financeira, abrangendo oito distintos componentes com pesos diferenciados para a fórmula final de cálculo. São eles: população total; população menor de 14 anos e maior de 60 anos; inverso da capacidade instalada; mortalidade infantil, receita própria utilizada na saúde; inverso da arrecadação municipal; e prioridade da área da saúde no orçamento participativo. As demais “Frações” e os critérios de distribuição utilizados dizem respeito a: Fração Hospitais Públicos Municipais (capacidade instalada e necessidade regional); Fração Sazonal (aumento de população no verão e incremento de ações de vigilância à saúde); Fração Populações Itinerantes (aumento de população por migração); Fração Saúde Bucal (população total e indicador de qualidade assistencial – prevenção e cobertura); Fração Prevenção Câncer de Mama (população feminina na faixa de risco); Fração para municípios novos (população total); Fração de Promoção DST/AIDS (prevalência de Aids); Fração de Saúde do Trabalhador (população maior de 14 anos); e Fração de População Prisional (população prisional em regime fechado).

Para fins de responsabilidade do município pela resolutividade na Atenção Básica e nos demais níveis de atenção, a SES - RS considera que os recursos transferidos aos municípios não devem receber nenhum “carimbo”. Para tanto, sua utilização deve ser definida pelo Plano de Aplicação, elaborado a partir dos instrumentos de gestão como o Plano Municipal de Saúde, Quadro de Metas e Agenda Municipal de Saúde. Esses Planos devem ser discutidos e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde, valorizando as prioridades específicas de cada município. Dessa forma, é permitido utilizar esses recursos para despesas de custeio e investimento, desde que sejam destinados, é claro, para serviços e ações de saúde. A exigência da SES - RS restringe-se à prestação de contas, devendo esta ser realizada mediante o Relatório de Gestão, apresentado ao Conselho de Saúde e à Câmara Municipal.

*Há que considerar a necessidade
de incorporação de novos
critérios no processo de alocação
de recursos do governo federal
aos municípios e do governo
estadual aos municípios*

O projeto “Regionalização Solidária” visa fortalecer a organização ascendente de sistemas municipais, microrregionais, regionais, macrorregionais e estadual, facilitando o acesso à atenção de qualidade, resolutiva e humanizada. Os recursos distribuídos pela SES -RS são destinados à manutenção de serviços de referência regional: hemocentros, centrais de regulação, centros de referência em saúde do trabalhador, serviços de média complexidade e projetos especiais e inovadores; e à adequação da assistência hospitalar aos usuários do SUS, de acordo com as pactuações locais e o Plano de Regionali-

⁸ A descrição desses projetos segue as Notas da apresentação elaborada pela SES-RS na Oficina de Trabalho sobre Financiamento e Alocação Equitativa de Recursos, realizada no Ceará, em junho 2002.

zação do SUS do Rio Grande do Sul. De maneira geral, a cooperação técnica e financeira da SES é desenvolvida com os municípios considerados pólos de referência para a organização dos sistemas regionais, macrorregionais e estadual de saúde. Os recursos financeiros também são transferidos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, segundo os critérios gerais de população total (60%) e prioridade regional nas Assembléias do Orçamento Participativo Estadual (40%). De forma específica, quatro são os tipos de transferência utilizados: ampliação da média complexidade (critérios - capacidade instalada e população de referência); Hemorrede (capacidade instalada); Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (capacidade instalada); e, Centrais Macrorregionais de Regulação (capacidade instalada).

Os projetos “Assistência Farmacêutica Básica” e “Cidadania Alimentar”, por sua vez, prevêem o repasse de recursos próprios da SES - RS aos municípios, segundo os critérios de população total e população em risco nutricional, respectivamente.

Para se ter uma idéia do conjunto da política de alocação de recursos da SES - RS, vale a pena mencionar, mesmo de forma resumida, o projeto “Saúde Solidária” (Ferla et al.). Este projeto, que vai além da Atenção Básica, concede apoio e qualificação à assistência hospitalar do SUS. Os recursos são distribuídos conforme critérios técnicos e repassados diretamente à instituição para utilização de acordo com suas necessidades. Para garantir a continuidade dos repasses, a SES - RS exige a manifestação dos gestores municipais e regional e a aprovação do relatório mensal de atividades pelo Conselho de Saúde. Do exposto, verifica-se que a experiência gaúcha de alocação de recursos estaduais nos municípios contraria a lógica de financiamento que vem sendo praticada pelo governo federal e pelos estados destacados no Quadro 1, que priorizam o nível de atenção básica de saúde e o PSF no conjunto da Atenção à Saúde. Isto porque os recursos transferidos aos municípios não têm vinculação específica e são destinados ao dispêndio das ações e serviços de saúde de forma geral.

TENSÕES DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E DO PSF

As regras de distribuição dos incentivos, sejam do governo federal e/ou dos governos estaduais, induziram à implantação de centenas de novas equipes municipais, muitas vezes sem a menor possibilidade de serem mantidas sem esses repasses. Para se ter uma idéia desse crescimento, segundo o Ministério da Saúde, o número de equipes de saúde da família aumentou de 328, em 1994, para cerca de 19.182 em 2003. Neste ano, o PSF estava presente em 4.498 municípios, prestando assistência integral a 63 milhões de brasileiros. Contudo, apesar do crescimento dos incentivos financeiros à Atenção Básica, em especial, ao PSF – através do PAB Variável e/ou de todos os recursos estaduais repassados –, o município ainda é responsável por 70% dos recursos despendidos nesse programa.

A partir do final da década de 1990, o município, entre todas as esferas de governo, é aquele mais atingido pela crise das finanças públicas. Os acordos estabelecidos com o Fundo Monetário Internacional para o controle do déficit público e o conseqüente monitoramento do governo federal sobre as esferas estaduais e municipais determinaram significativa contenção de gastos. No caso dos municípios, isso resultou na diminuição da participação dos municípios no gasto público total com saúde, de 27,8% para 21,3%, entre 1996 e 2001 (Ver Tabela 1). Não é de estranhar, portanto, que o volume de recursos da fonte municipal, passível de ser destinado ao PSF, vem se tornando mais escasso. Acrescenta-se a este fato o impacto que a vigência da Lei de Responsabilidade Fiscal teve no desenvolvimento do PSF. Em várias municipalidades o Executivo colocou resistências à continuidade do programa, dado que a LRF exige que as contratações das equipes sejam incluídas no limite das despesas com pessoal – 54% da receita corrente líquida do município⁹ (Lei de Responsabilidade Fiscal, artigo 18, 2000)¹⁰.

Nesta perspectiva, em um país onde os municípios são caracterizados por apresentar alto nível de desigualdade de renda e de capacidade de geração de receitas próprias, os incentivos federais (principalmente) e os

estaduais cumprem (e deverão continuar a cumprir) papel fundamental na busca da equidade do gasto do PSF. Sabe-se que muitos municípios utilizam todo o recurso do PAB fixo e do PAB variável para o custeio das ações do PSF. Isto introduz outras dimensões relevantes na discussão sobre o financiamento desse programa, a saber: a rediscussão do valor do per capita / ano do PAB fixo (R\$ 12,00)¹¹; a alteração dos incentivos federal e estadual, levando em conta, entre outros, aspectos importantes como a despesa com a equipe do Programa e o porte populacional dos municípios; e, por último, talvez mais importante, a retomada do mecanismo de transferência de recursos de forma global do governo federal aos municípios (Fundo a Fundo) e dos governos estaduais aos municípios.

Isto estaria garantindo a flexibilidade necessária para que os problemas de saúde de cada município, muito heterogêneos entre si, fossem levados em conta, permitindo que os recursos não recebessem nenhum "carimbo". A utilização dos recursos seria definida por meio do Plano de Saúde, valendo-se das prioridades de cada localidade, podendo ser aplicados livremente para despesas de custeio ou investimento, na Atenção Básica ou em qualquer nível de atenção à saúde.

É importante lembrar que não se pode confundir a Atenção Básica com as ações e serviços financiados pelo PAB, e sobretudo ao PSF. Devem ser considerados nesse nível de atenção todas as ações e serviços realizados pela vigilância sanitária, pela vigilância epidemiológica e pelo controle de vetores. Também as ações e serviços não hospitalares de controle de

doenças devem ser incluídos no campo da atenção básica. O tratamento ambulatorial da AIDS, por exemplo, é prestado na rede básica.

Há quem considere que a ênfase na Atenção Básica coloca em risco a integralidade da saúde (Costa & Maeda, 2001; Silva Junior, 1998; Merhy & Franco, 2000). Num país com as dimensões territoriais e com as desigualdades sociais como o Brasil, qualquer medida que configure a priori a ação de atenção à saúde oferecida à população, através da definição antecipada de incentivos "carimbados", pode comprometer o preceito da integralidade. Embora mais fácil para o desenho do sistema, a organização da atenção, mais especificamente da assistência, não resolve o problema do adequado planejamento ascendente da organização do sistema de saúde.

No tocante à indução dos incentivos federais à Atenção Básica, em particular ao PSF, há que considerar que, na medida em que esses incentivos constituem a única maneira de os municípios viabilizarem recursos novos, a política de saúde a eles associada pode não corresponder às necessidades locais. Mais do que isso, como os valores repassados pelo governo federal não cobrem o custo real dos serviços, os municípios acabam financiando em parte as políticas federais, mesmo quando estas não constituem sua prioridade, comprometendo ainda mais qualquer ação voltada às necessidades de sua população. Contudo, há que ponderar que inicialmente a indução foi positiva nos municípios onde não havia nenhum desenho de atenção à saúde.

⁹ É importante observar que a despesa com pessoal do PSF, a ser incluído no limite da LRF, é alvo de intensa polêmica entre os municípios e os Tribunais de Contas. Contudo, tudo indica que a partir de 2002 essa discussão foi minimizada. Isto porque, ao final de 2001, o Ministério da Saúde realizou um Seminário sobre a Operacionalização da Emenda Constitucional 29 com os técnicos dos Tribunais de Contas do país, e nele os participantes indicaram uma solução, de curto prazo, que garante a realização do PSF, ressaltando que não se faça apenas uma interpretação literal do texto da LRF. Entenderam que a LRF, que regulamenta os artigos 153 a 159 da Constituição Federal de 1988, não pode constranger a efetivação do direito à saúde, incluída no art. 6º como direito social fundamental. Uma alternativa aventada nesse Seminário seria os Tribunais de Contas registrarem o excesso da despesa com pessoal, quando houvesse eventual superação do limite em razão das despesas com PSF, ressaltando que o mesmo ocorreu por força do cumprimento do art. 6º. No caso de essa sugestão ser considerada, os participantes do Seminário salientaram que é indispensável que as receitas e despesas dos programas sejam discriminadas da maneira mais clara possível, para permitir a identificação dos valores de cada programa. Para essa solução ver "A Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29 – Relatório do Seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da emenda Constitucional nº 29". Ministério da Saúde; Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

¹⁰ Para comentários de cada artigo da Lei de Responsabilidade Fiscal, ver Mendes & Moreira (2001).

¹¹ É bom lembrar que o PAB, quando concebido em 1996, foi pensado como R\$ 12,00 por habitante/ano; dois anos após, quando implantado, esse valor foi reduzido para o atual R\$ 10,00 habitante/ano. Somente em 2003, o valor atingiu a ordem de R\$ 12,00 por habitante/ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se olhar em profundidade, isto é, estar “de olho” na discussão da política de saúde implementada pelo governo federal, é significativa, a partir da segunda metade da década de 90, a importância estratégica da Atenção Básica e do PSF. Entre 1998 e 2003, os repasses efetuados a este nível de atenção cresceram 66,7%, passando de R\$ 2,759 bilhões de dezembro de 2003 (15,68% do total dos recursos federais do SUS) para R\$ 4,599 bilhões de dezembro de 2003 (25,68%). Esta prioridade foi, inclusive, incorporada à Constituição Federal através da Emenda Constitucional nº 29, onde é definido que a União deve aplicar, pelo menos, 15% de seus recursos nos municípios, segundo o critério populacional e em ações e serviços básicos de saúde¹².

Nesse período, o aumento da importância do PAB variável foi decorrente principalmente da expansão dos incentivos financeiros repassados para a implantação dos PSFs locais. A introdução desses incentivos significou aumento de poder do Ministério da Saúde na determinação da política de saúde, o qual não é isento de contradições. Além disso, a utilização de incentivos no repasse de recursos financeiros ao PSF não foi, a partir da segunda metade da década de 90, uma exclusividade da instância federal, estando presentes em alguns Estados da federação. Na prática, os Estados que adotaram esses incentivos seguiram a lógica do governo federal, “premiando” os municípios que desenvolvem o PSF. Somente o Estado do Rio Grande do Sul repassa recursos de forma global – sistemática de Fundo a Fundo –, podendo ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio ou investimento, desde que em melhoria de sua gestão local de saúde.

Embora conte com recursos federais e estaduais, o PSF é financiado largamente pelos recursos próprios municipais. Contudo, essa fonte de recursos tem se configurado de maneira problemática a partir da segunda metade da década de 90. Isto porque, de um lado, a crise das finanças dos municí-

pios dificulta o gasto com saúde e, de outro, há as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal às despesas com pessoal do PSF.

Um conjunto de pontos importantes deve ser levado em consideração numa discussão sobre o financiamento da Atenção Básica, em geral, e do PSF, em particular. O conceito de Atenção Básica tem sido utilizado de forma restrita às ações e serviços financiados pelo PAB, excluindo, por exemplo, aquelas ações não hospitalares de controle de doenças. Isto significa não restringir as ações e serviços ao nível de complexidade da atenção à saúde, mas colocá-las no campo amplo da saúde pública, respeitando o princípio da integralidade do SUS.

No tocante à capacidade de indução dos incentivos federais à política de saúde, sendo os incentivos a principal forma de os municípios viabilizarem recursos novos no campo da atenção básica, a política de saúde a eles associada pode não corresponder às necessidades locais. Além disso, é importante lembrar que, como os valores transferidos pelo governo federal não cobrem o custo dos serviços do PSF, os municípios acabam financiando em parte as políticas federais, mesmo quando estas não fazem parte das necessidades prioritárias de saúde de sua população.

Por fim, há que considerar a necessidade de incorporação de novos critérios no processo de alocação de recursos do governo federal aos municípios e do governo estadual aos municípios. A ênfase nesta discussão deve ser a de aprofundar a alocação de recursos segundo critérios inspirados no artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde (critérios demográficos, epidemiológicos, condições socioeconômica e espaciais).

A experiência gaúcha de alocação de recursos do governo do Estado aos municípios pode servir de inspiração. Isto porque todos os recursos transferidos aos municípios não têm vinculação específica e são destinados ao dispêndio das ações e serviços

¹² Ver Emenda Constitucional 29, artigo 7º, Parágrafo 2º.

de saúde em geral, o conhecido repasse global. No caso das despesas de custeio dos serviços, esse critério facilitaria a aproximação à realidade específica do município. Às despesas de investimento, poderiam ser escolhidos critérios mais estratégicos, tomando por base a necessidade de contribuir para a melhor capacidade de gestão com vista à organização do sistema de saúde local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil 1996. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília.

Brasil 2000. Emenda Constitucional nº 29. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias. Brasília, 13 de setembro.

Brasil 2001. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília.

Brasil 2002. Ministério da Saúde. *A Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29 – Relatório do Seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da emenda Constitucional nº 29*. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília.

Bueno, W.S. & Merhy, EE 1997. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na Sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96 (mimeo).

Costa, W. & Maeda, S 2001. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. *Saúde em Debate*, 57(25):15-29.

Elias, P. Marques, RM, Mendes, A 2001. O financiamento e a política de saúde. *Revista USP*, São Paulo, USP, nº 51, p.6-15

Ferla, A et al. 2001. Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha, *Divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro: Cebes, Fiocruz, nº 24, dezembro, pp. 52 – 71.

Merhy, EE & Franco, TB 2000. Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios, Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública / editores Áurea Maria Zöllner Ianni, Cláudia Bógus. São Paulo: APSP. Mendes, A & Moreira, M 2001. *Comentários à lei de responsabilidade na gestão fiscal: lei complementar 101, de 4 de maio de 2000*. Cepam, São Paulo, 296 pp.

Marques, RM & Mendes, A 2001. O Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil. *Pesquisa & Debate*, volume 12, n. 1(19): 65-91.

Piola, S & Biasoto, Jr. 2000. Finanças e Dispendios: Financiamento do SUS, Gasto Público e Base Tributária. Ipea (mimeo).

Secretaria de Assistência à Saúde 1999. Ministério da Saúde. *Avaliação do Programa de Saúde da Família*. Relatório, Brasília, (<http://www.saude.gov.br>).

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso 2001. *Caderno do gestor municipal de saúde de Mato Grosso*, Cuiabá: SES.

Silva Junior, AG 1998 *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. Editora Hucitec, São Paulo, 143pp.

Sousa, MF 2000. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, Cebes, nº 21.



GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO *na Saúde*

MARIA LUIZA JAEGER¹
RICARDO BURG CECCIM²
MARIA HELENA MACHADO³

Saúde se faz com gente...

Saúde se faz com formação e educação permanente

Saúde precisa da valorização e adequada regulação do trabalho

Trabalhadores: motivo para as reformulações do trabalho em saúde

Trabalhadores de saúde: motivo para o desenvolvimento do trabalho

RESUMO

O texto aborda a visão federal do SUS sobre a regularização dos vínculos de trabalho, com destaque para a negociação coletiva, a formação e a qualificação dos profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde, mediante uma política de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde, negociação coletiva no trabalho, recursos humanos no SUS, gestão do trabalho, gestão da educação, educação em saúde.

¹ Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

² Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

³ Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Ao propor um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e, ainda, de regulação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde encontra soluções de execução nacional para uma política de educação permanente em saúde em uma escala ainda não experimentada, para garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais da saúde e para diferentes segmentos da população, ao mesmo tempo que desencadeia a análise de projetos, propostas e políticas para a despreciação dos vínculos de trabalho no sistema de saúde e retoma a mesa nacional de negociação permanente do SUS.

De fato, o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de produzir a maior transformação, neste meio século de sua criação, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil. Sinal visível da importância deste movimento em direção à valorização dos trabalhadores foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes) na estrutura ministerial. Como o principal instrumento federal para mobilizar a formação e a educação permanente no setor da saúde e para propor o planejamento e formulação de políticas de gestão e regulação da força de trabalho atuante nos serviços de saúde, a Secretaria foi organizada em dois departamentos, um de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e outro de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (Degerts).

Conectados com a realidade profissional e social, esses dois Departamentos vêm repensando as políticas públicas relacionadas aos trabalhadores em saúde. Para que se alcance efetivamente o aprimoramento técnico e ético-político dos trabalhadores, será necessário investir em formação e regulação da força de trabalho setorial. Um desafio muito presente é o de considerar a habilitação profissional orientada para as necessidades de saúde, o que significa dizer que a rede de serviços do sistema de saúde tem que ser competente na atenção às necessidades sociais por saúde. O Sistema de Saúde tem que se apresentar com capacidade de diálogo com grupos sociais e com os usuários. De outro lado, também há a necessidade de que o Sistema se ocupe com a educação em serviço dos profissionais.

Neste contexto de desafio e compromissos, estão sendo utilizadas estratégias mobilizadoras de recursos que estabeleçam uma relação de envolvimento participativo e descentralizado com todos os atores sociais interessados no processo. Das decisões dessa negociação e dos consensos entre os atores sociais, incorporam-se o saber e o conhecimento adquiridos na prática cotidiana e as experiências de gestão e de ensino e as práticas de serviço. É preciso ter clara a noção de que o investimento no planejamento e na gestão do trabalho e da educação no setor da saúde é decisivo para a organização da integralidade da atenção e para o desenvolvimento da humanização das práticas setoriais. A formação e o desenvolvimento profissional que toma em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social no setor são fundamentais para estimular e desencadear novos perfis de trabalhadores e de gestores das ações, serviços e sistemas de saúde.

EMPREGOS NA SAÚDE

1980

Setor privado = 307.673
Setor público = 265.956
Federal = 113.297 (42,6%)

1999

Setor privado = 744.931
Setor público = 804.907
Federal = 93.175 (10,8%)

EMPREGOS NO SETOR PÚBLICO DA SAÚDE

1980

Municipal = 43.086 (16,2%)
Estadual = 109.573 (41,2%)

1999

Municipal = 479.993 (63,3%)
Estadual = 231.739 (25,9%)

Fonte: AMS/IBGE - 1980-1999

SAÚDE, REFORMA SANITÁRIA E REFORMA DE ESTADO

A saúde vem protagonizando um significativo processo de reforma democrática do Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental tanto para a continuidade e o avanço do movimento pela reforma sanitária como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo da gestão e das práticas de saúde quanto no campo da formação profissional. Uma proposta de ação estratégica que contribua para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas em trabalho articulado entre sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e instituições formadoras, mas também uma proposta de valorização dos trabalhadores e de reformulação das práticas de trabalho.

Para avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde, quando se trata de educação permanente, é absolutamente necessário possibilitar que a formulação da política para o setor ocorra em espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral acolhida como responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

Se tradicionalmente falávamos em recursos humanos, como se esses recursos não fossem gente e pudessem ser igualizados aos recursos materiais, financeiros, infra-estruturais, etc., falávamos em *Política de Recursos Humanos*. Após a introdução legal

da reforma sanitária no arcabouço constitucional das políticas públicas brasileiras, esta idéia ficou fragilizada, pois os recursos humanos ganharam lugar finalístico, e não mais de atividade-meio do setor. O artigo 200 da Constituição Nacional coloca como atributo do SUS o ordenamento da formação e o desenvolvimento técnico e científico para a força de trabalho atuante setorialmente. O gestor federal, então, neste momento, assume transformar o conceito e imagem da *Política de Recursos Humanos* em uma *Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*.



Se a gestão do SUS exerce um papel ativo na orientação das estratégias e modos de prevenir, cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, do ponto de vista da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, a gestão do SUS é capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e nos modos de ensinar, aprender e produzir conhecimento. Esta visão, que é compartilhada por docentes, estudantes e gestores da política de saúde, vem sendo reconstruída como uma agenda integradora entre desenvolvimento dos processos de trabalho e desenvolvimento dos trabalhadores em serviço ou em formação e começa a nascer o conceito da Educação Permanente em Saúde como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, definitivamente *humanizando* os recursos humanos, agora *trabalhadores (gente no trabalho)* e não mais *recursos*.

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a Atenção Básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na Saúde da Família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. O conjunto da rede, entretanto, precisa incorporar as noções de Saúde da Família, entendendo a rede de ações e serviços como “cadeia de cuidado progressivo à saúde”, onde não haja dicotomia entre os diversos âmbitos da rede única do SUS. A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção, formação e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação. Toda a atuação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde está marcada por esta concepção, registrando sua política pelas estratégias da educação permanente em saúde e da valorização do trabalho pela qualidade do acolhimento e vínculo oferecidos aos usuários das ações e serviços de saúde, tendo em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde e o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante do cuidado e da capacidade de gestão social diante das políticas públicas de saúde.

ATUAÇÃO DA SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, A MATERIALIDADE DE UMA NOVA POLÍTICA PÚBLICA

As políticas e propostas nacionais que estão sendo implementadas vão estabelecer condições para que o país possa ter uma gestão do trabalho e da educação com vigor de política pública. Há, no entanto, a necessidade de consolidar essas condições e transformar os órgãos de gestão e de formação para que revelem forte compromisso social. Desejar não é suficiente; um conjunto de projetos, ações, operações e serviços está em desenvolvimento para o

apoio e a dinamização da constituição da Educação Permanente em Saúde e para a Gestão do Trabalho e a Regulação Profissional em Saúde.

1. PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Reunindo gestores estaduais e municipais de saúde, instituições formadoras e estudantes em articulação local-regional, para adequar os processos de formação e educação permanente às necessidades do SUS, já foram constituídos, até março de 2004, quase 80 Pólos, envolvendo o maior investimento direto do Ministério da Saúde para a qualificação de pessoal para o SUS.

A saúde vem protagonizando um significativo processo de reforma democrática do Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental tanto para a continuidade e o avanço do movimento pela reforma Sanitária, como para a concretização do SUS

Considerada a principal estratégia do Ministério da Saúde, mas não a única, para a implementação da política de formação e desenvolvimento e para o fortalecimento do trabalho no SUS, foi iniciado no ano passado o processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, o que possibilitou, em sua negociação, a indispensável articulação entre gestores do SUS, associações de ensino das profissões de saúde, estudantes e instituições formadoras para adequar e potencializar os processos de formação e de educação permanente às necessidades do Sistema. A falta de profissionais com perfil adequado tem sido, ao lado de problemas de gestão e organização da atenção, um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade do Sistema e para a efetividade do SUS.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

- agregar as iniciativas utilizando metodologias integradoras;
- envolver o ensino de graduação;
- envolver o ensino técnico em saúde;
- formar formadores;
- formar formuladores de políticas públicas.

Os Pólos são como núcleos de articulação entre gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino, serviços e representação estudantil e têm a função principal de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores e demais atores sociais da saúde. A educação permanente, além de propiciar a atualização técnica dos profissionais de saúde, possibilita analisar criticamente o processo de trabalho, identificar seus pontos de estrangulamento e elaborar estratégias adequadas para sua superação.

Além de apoiar técnica e financeiramente as propostas construídas nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, o Ministério da Saúde está desenvolvendo outras importantes estratégias para dinamizar a educação para e no SUS. Mediante processos de educação a distância, desenvolvidos em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, serão formados 12 mil facilitadores de educação permanente em todo o país. Essas serão pessoas estratégicas, que cumprirão o papel de estimular e dinamizar o trabalho dos Pólos.

A expectativa da Secretaria é aprovar e financiar centenas de projetos de qualificação, cursos de extensão, de

aperfeiçoamento e de especialização nas diversas áreas técnicas da saúde e no planejamento e gestão do SUS.

Os Pólos devem ser o palco da construção de relações de cooperação entre o SUS e as instituições formadoras, o que deve resultar em melhor integração dos serviços, maior produção de conhecimento dirigida às necessidades do sistema e, sobretudo, intensificação dos processos de mudança na formação de graduação dos profissionais de saúde.

Por sua característica de encontro e integração inter-institucional entre educação e trabalho, entre formação e intervenção na realidade, os Pólos serão responsáveis, também, pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários da prática dos serviços de saúde. A partir deles, poderão ser definidas as exigências de aprendizagem e as novas possibilidades de exposição à aprendizagem. Pressupõem a integração ensino-serviço, formação-gestão setorial e desenvolvimento institucional-controle social. Por isso, propõe-se, além dos critérios, regras e diretrizes que devem embasar a apresentação e a aprovação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e da acreditação de propostas.

PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:

- problematizar estratégias de mudança de práticas: de atenção, de gestão, de ensino e de controle social;
- trabalhar pela mudança na formação e nas práticas de saúde;
- conceitualizar Atenção Integral à Saúde;
- conceitualizar a atuação em Cadeia de Cuidados Progressivos à Saúde;
- conceitualizar o trabalho em Equipe Matricial de Saúde;
- constituir Gestão Colegiada.

Os Pólos têm as funções de:

- a) mobilizar a formulação e a integração de ações de educação/formação/qualificação com distintos atores locais, tais como usuários; dirigentes dos serviços; gestores públicos; dirigentes institucionais; docentes; estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;
- b) induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação na saúde;
- c) formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas e
- d) estabelecer relações cooperativas com os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e às práticas de outros locais (Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde, estaduais e nacional).

2. HABILITAÇÃO TÉCNICA E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de, em conjunto com Estados e municípios, propiciar a qualificação e formação profissional dos agentes comunitários de saúde. O processo envolverá a formação de quase 183 mil trabalhadores. O Ministério da Saúde também articulou a constituição de um grupo de trabalho que estuda a regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a regularização dos vínculos de trabalho, enquanto uma consulta pública, que envolveu 4.930 acessos ao portal de participação, constituiu seu perfil de competências para ordenar o currículo de formação em itinerário para a habilitação técnica.

Começa ainda neste primeiro semestre de 2004 o itinerário modular (três módulos) para os ACS em todo o país. O projeto de qualificação e desenvolvimento será desencadeado em momentos diferentes em cada Estado e ocorrerá gradualmente envolvendo as três esferas de gestão do SUS. Coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o projeto tem como

público objetivo todos os ACS, admitidos antes ou depois da Lei nº 10.507/2002, que criou a profissão de ACS.

O Ministério da Saúde já iniciou a mobilização de instituições de ensino que serão as executoras dos cursos de habilitação técnica em itinerário, mas a coordenação dos cursos nos estados ficará sob a responsabilidade das escolas técnicas de saúde e centros formadores do SUS. Estas instituições de educação profissional têm estrutura escolar e administrativa não só para oferecer os cursos, mas também para criar soluções para atender à grande demanda nacional.

Para desenvolver este projeto, técnicos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde adotaram alguns princípios que norteiam e dão sustentação à proposta de profissionalização do ACS. São eles: a adequação aos princípios e diretrizes para a política de trabalhadores do SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde como Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS); a proposição curricular que contemple a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do ACS e considere suas especificidades quanto às formas de inserção nas diferentes unidades de organização do cuidado em saúde e organização do trabalho e ao atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas em saúde comunitária; a observância à Lei nº 10.507/2002 e ao Decreto nº 3189/1999, que antecedem a regulamentação do trabalho deste profissional.

Uma significativa afirmação da singularidade profissional do ACS se dará ao reconhecê-lo como um trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde e ação social; deve promover a sua qualificação profissional mediante um processo sistemático de formação vinculado às instituições oficiais de ensino, preferencialmente as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, assegurando o direito de certificação em habilitação técnica, o acesso ao aproveitamento de estudos, a oportunidade de estudar em itinerário de formação e a obtenção de diploma profissional com validade nacional.

3. MUDANÇAS NA GRADUAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE

Por meio da cooperação técnica, operacional e financeira para que os cursos de graduação da área de saúde possam fazer um trabalho articulado com a gestão e os serviços do SUS e a população, o Ministério da Saúde propõe apoio à reorientação dos cursos, antes um programa de incentivo às mudanças curriculares exclusivo para os cursos de Medicina, tendo em vista o comprometimento e a relevância da formação para o sistema de saúde nacional, agora uma iniciativa de adesão para o conjunto das graduações da área da saúde.

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a Atenção Básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS por seu estabelecimento de relações contínuas com a população

O apoio estará aberto à inclusão de escolas de todas as carreiras da área de saúde, interessadas e em condições de aderir à proposta de mudança. Inicialmente, destacar-se-ão as profissões de inserção mais urgente no âmbito do cuidado direto à pessoa na rede de Atenção Básica. As estratégias de mudança deverão envolver a compreensão do sistema de saúde vigente no país, a construção conceitual e prática da integralidade da atenção e o trabalho em equipes matriciais de saúde.

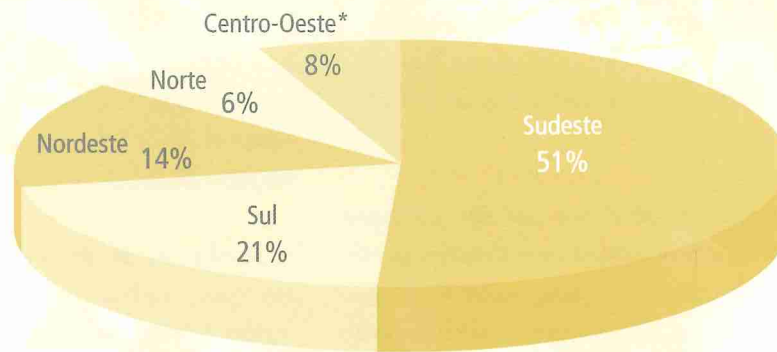
As escolas de graduação em saúde receberão apoio técnico, financeiro e/ou operacional desde que se comprometam a adotar: processos de mudança com enfoque para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde, adotar metodologias ativas de ensino-aprendizagem e estabelecer uma formação geral, crítica e humanística, além de abrir

possibilidades de capacitação em torno de temas importantes para a mudança, como ampliação da clínica em saúde, o trabalho em equipes multiprofissionais e transdisciplinares e a prestação de serviços com caráter de retaguarda tecnológica, assessoramento técnico-científico e ações colaborativas.

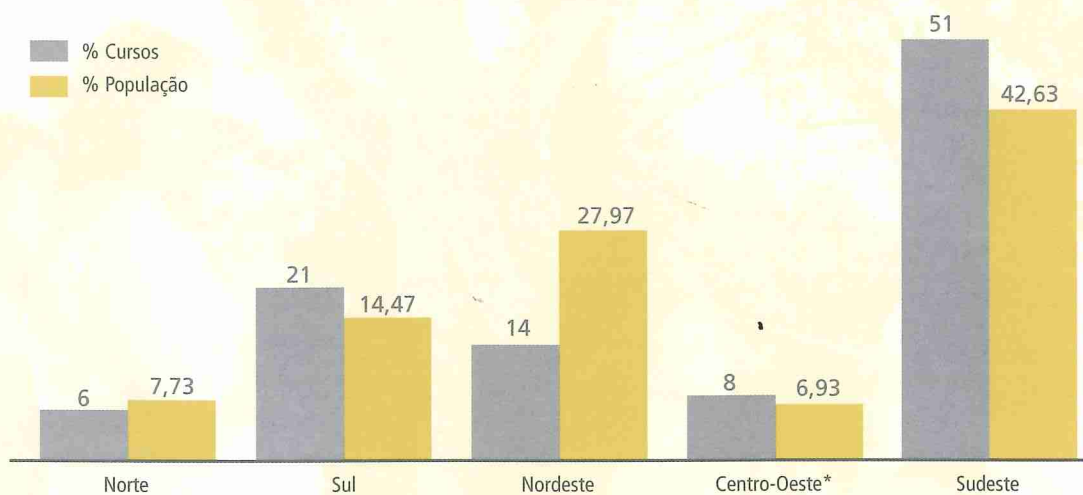
O Ministério da Saúde tem a responsabilidade, por definição constitucional e da Lei Orgânica da Saúde, de estimular e ordenar a formação de trabalhadores em saúde. Para formar profissionais com o perfil que atenda às necessidades do SUS, os cursos de saúde precisam adequar sua abordagem pedagógica, favorecer a articulação dos conhecimentos e trabalhar pelo entendimento da atuação em equipes multiprofissionais, além de promover atividades práticas ao longo de todo o curso em todos os tipos de unidade de saúde. Assim, serão formados profissionais com competência geral e capacidade de resolutividade, essencial para a garantia da atenção integral e de qualidade à saúde da população.

A distribuição da oferta das oportunidades de formação e de educação permanente pelas instituições formadoras universitárias é absolutamente desigual no território nacional. Observa-se uma concentração que chega a 51% da oferta de cursos universitários da área da saúde na região Sudeste do país, contra, por exemplo, uma concentração de apenas 6% na região Norte. Ainda que se considere a diversidade na densidade demográfica regional, constata-se a discrepância entre uma densidade demográfica na região Sudeste correspondente a 42,63% da população brasileira e 51% da oferta de cursos universitários das 16 profissões de saúde, enquanto na região Norte há uma densidade demográfica de 7,73% da população brasileira e 6% da oferta do mesmo conjunto de cursos de graduação. As regiões Sudeste e Sul concentram 57,37% da população brasileira e, no entanto, 72% dos cursos universitários da área da saúde. A observação apressada da região Centro-Oeste revela 6,93% da população e 8% da oferta universitária, entretanto, esta proporção somente é válida para o Distrito Federal, permanecendo rarefeita a oferta nos demais estados da região.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA OFERTA DE CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE, SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA – 2003



DISTRIBUIÇÃO DA OFERTA DE OPORTUNIDADES DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE



* Centro-Oeste + Distrito Federal

Esta constatação justifica a necessidade de pensar a urgência de aportar condições à educação permanente em serviço, ao desenvolvimento de projetos e processos educacionais em articulação com os gestores de saúde e a necessidade de políticas de regulação da abertura de cursos de graduação nas

profissões da saúde. A ausência de oferta de formação tem repercussão no provimento e fixação de profissionais na rede de serviços, bem como no conhecimento/desconhecimento da realidade nacional e características culturais na organização do cuidado à saúde.

4. RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

De acordo com estudo da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), os recém-graduados em medicina no Brasil terminam o curso com apenas metade dos conhecimentos que deveriam ter e, assim, a residência médica se tornou uma continuidade natural da graduação. Cerca de 2/3 dos médicos, ao concluir a sua formação, ingressam na residência médica a fim de obter especialização.

A especialização em serviço é um dos principais modos de formar profissionais com domínio significativo das habilidades de pensamento e de ação requeridas pelos variados núcleos de conhecimento do trabalho em saúde. A Residência é uma modalidade de educação profissional pós-graduada desenvolvida em ambiente de serviço, mediante trabalho sob supervisão (trabalho educativo).

Para o Ministério da Saúde, é fundamental a regulação da oferta de vagas de especialização em serviço de modo a garantir a formação dos profissionais

necessários ao pleno funcionamento do sistema de saúde, entretanto, atualmente são formados especialistas que terminam não trabalhando em sua especialidade, pois não há postos de trabalho em número correspondente para sua absorção e muitos têm que trabalhar como clínicos gerais ou médicos de família e comunidade, sem contar com formação adequada para tanto. De outra parte, em muitas regiões do país não há disponibilidade dos especialistas necessários e nem a oferta de programas de residência médica nessas especialidades.

A distribuição da oferta de vagas em programas de residência médica é ainda mais desigual entre as regiões do país do que a oferta de vagas em cursos de graduação da área da saúde. Observa-se uma concentração maior de 60% na região Sudeste e, nesta região, em torno de 50% dos programas estão no Estado de São Paulo. A região Norte, em contraposição, dispõe de menos de 3% dos programas. Estes dados servem à comprovação de ausência de políticas de formação capazes de contribuir para a melhor cobertura assistencial em saúde.

DISTRIBUIÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA,
POR REGIÃO DO PAÍS, 2003

Região	Nº de Programas	%	População %
Norte	75	2,97	7,73
Nordeste	311	12,33	27,97
Centro-Oeste	186	7,37	6,93
Sudeste	1.556	61,67	42,63
Sul	395	15,66	14,74
Total	2.523	100,00	100,00

É fundamental também adequar o processo de especialização (forma, conteúdo, certificação) às características do sistema de saúde, incluindo a possibilidade de formação multiprofissional e interdisciplinar em cenários não hospitalares e criar um espaço para o debate e a regulamentação da especialização em

serviço para as outras profissões da saúde, tal como sugere o Parecer 908/98, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

O Ministério da Saúde defende a residência integrada em saúde que, diferentemente de muitas residên-

cias multiprofissionais, propõe o estabelecimento da integração entre os programas de residência médica e programas de especialização em serviço⁴ o estabelecimento de uma educação em serviço em que se comprove a integração entre trabalho e educação (trabalho educativo), a atuação integrada de diferentes profissões da saúde aos moldes do projeto de equipes matriciais de saúde (multiprofissionalidade em articulação inter ou transdisciplinar) e um processo formativo em integração do ensino com os serviços e a gestão de sistema.

5. SERVIÇO CIVIL PROFISSIONAL EM SAÚDE

Outro objetivo inovador e de reconhecimento das diversidades e singularidades nacionais é o do estabelecimento de alternativas para a geração de estruturas pedagógicas e de compromisso de docentes da área da saúde coletiva, serviços de saúde e gestores públicos em geral para as regiões de difícil provimento e fixação de profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde entende necessário definir estratégias de atenção diferenciada às necessidades da região amazônica brasileira, regiões interioranas, zonas rurais de população rarefeita e periferias urbanas, bem como criar modalidades de formação básica, técnica e universitária que contemplem a formação de profissionais para a atuação ou cobertura às áreas atualmente descobertas de assistência e proteção à saúde individual e coletiva por profissionais e serviços de saúde.

O investimento nas áreas territoriais de baixa densidade assistencial e/ou pedagógica envolverá: profissionalizar/especializar em serviço; apoiar interações entre serviços e instituições formadoras; propor a inserção de estágios nas residências médicas e especializações em serviço; propor programas complementares de residência com segundo título de especialista; criar modalidades apropriadas de formação especializada; realizar estágios curriculares multiprofissionais em projetos acadêmicos para regiões onde

haja pequena capacidade instalada; propor o primeiro emprego em saúde para pessoal do nível técnico; propor a qualificação do pessoal local para a condução do sistema de saúde; propor a qualificação básica e cursos sequenciais para o pessoal local.

6. ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE DO SUS

Com o apoio do Ministério da Saúde, pretende-se tornar possível a implantação de sete escolas técnicas de saúde na região Norte (Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), três na região Nordeste (Estados do Maranhão, Piauí e Sergipe) e uma na região Sul (Estado do Rio Grande do Sul). Esses Estados (ou municípios nesses Estados) terão de instalar suas escolas técnicas de saúde, mas o governo federal se comprometerá com a formação técnica de dirigentes e professores, aquisição de acervo bibliográfico e de equipamentos para os laboratórios de ensino, consultoria didático-pedagógica, desenvolvimento de currículos integrados e de projetos de pesquisa e publicações, uma vez que constituem os 11 Estados sem nenhuma escola técnica de saúde do SUS, seja no âmbito estadual, seja no municipal.

Nos demais Estados, 26 escolas estão recebendo recursos para a compra de equipamentos e mobiliário. Além disso, os recursos também viabilizam a qualificação de técnicos docentes ou administrativos, consultoria pedagógica e de gestão, aquisição de acervo bibliográfico e instalação de laboratórios para cursos nas áreas de enfermagem, odontologia, radiologia, nutrição, farmácia, biodiagnóstico, vigilância à saúde, administração e registros de saúde, entre outros.

Uma das formas de contribuir para o aumento da escolaridade e para a maior inclusão aos direitos de cidadania dos trabalhadores em saúde é ampliar a oferta de cursos de qualificação profissional básica, de formação técnica e de especialização técnica, mas também de educação fundamental e/ou média, em que as escolas técnicas de saúde do SUS asseguradas em

⁴ Cabe salientar que, ao propor a residência integrada em saúde, como integração da residência médica à especialização em serviço, o Ministério da Saúde admite a necessidade de formar segundo os núcleos profissionais e, mesmo preservando a residência médica, não valoriza a necessidade de criar programas por profissão. Este entendimento parte da avaliação de que a convivência do tradicional com a inovação deverá gerar novas políticas, enquanto o fortalecimento do modelo tradicional impediria o contato com a inovação.

todos os Estados contribuiriam, sobremaneira. O objetivo é desenvolver a capacidade desta rede para oferecer ações educacionais para as diferentes necessidades do nível ocupacional e técnico na área da saúde (formação de docentes, construção de desenhos curriculares por competência e produção e disseminação de conhecimento nesse campo).

As escolas técnicas de saúde do SUS são entidades governamentais que têm como função principal promover a profissionalização dos trabalhadores do setor que não tenham qualificação específica para o desenvolvimento das ações de saúde. Elas estão sendo preparadas para atender às demandas dos cursos profissionalizantes e para ampliar a capacidade e diversidade de oferta, de tal forma que possam assumir um papel estratégico na formação dos trabalhadores de nível técnico para o sistema de saúde.

A dedicação do Ministério da Saúde está em constituir todos os caminhos para uma formação técnica por itinerário. A formação técnica por itinerário representa uma importantíssima conquista do SUS, permitindo qualificar e habilitar quadros em serviço e aceitando a existência de um conhecimento tácito proveniente da experiência acumulada no exercício ocupacional. É uma estratégia que prevê a continuidade da formação dos trabalhadores do SUS, conforme sua escolaridade. Nesta modalidade, todos os trabalhadores estão incluídos no processo de formação, uma vez que as etapas/módulos/percursos da formação não são excluídos, mas complementares, e estão organizados sob o foco da complexidade das competências do perfil profissional, e não na divisão técnica do trabalho. Isto significa que os trabalhadores do nível médio que ingressam nos cursos organizados em itinerário têm, como destino, a Habilitação Técnica.

7. ARTICULAÇÃO COM O MOVIMENTO ESTUDANTIL DA ÁREA DA SAÚDE

Vivenciar e conhecer a gestão e todos os setores do SUS é o objetivo do projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, criado para estudantes de graduação de todas as profissões da saúde.

Estudantes de graduação dos 16 cursos da área de saúde agora poderão conhecer, na prática, como funciona o SUS antes de entrar no mercado de trabalho. O projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS/Brasil), cuja experiência piloto ocorreu de janeiro a março de 2004, levará os graduandos a conhecerem a gestão do SUS durante os recessos do ano letivo.

Num período de 18 dias, em média, os estudantes vivenciarão o funcionamento do sistema de maneira integral – gestão do setor, organização e práticas de atenção à saúde, formação e desenvolvimento profissional, participação popular e controle social. A experiência fará com que os futuros profissionais se familiarizem com o Sistema, seus problemas, peculiaridades e avanços, e dará instrumentos para que eles tenham, desde já, uma atuação ativa de compreensão, construção e viabilização do SUS.

O projeto VER-SUS/Brasil atende reivindicação histórica do Movimento Estudantil da Área de Saúde. O projeto foi construído em conjunto entre o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde e pela Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área de Saúde, que também coordena o projeto.

Na primeira edição do VER-SUS, marcada para agosto e setembro de 2004, participarão 1.220 estudantes que farão estágios em unidades de saúde de mais de 50 municípios. Eles serão monitorados pelos 122 estudantes que participaram da experiência piloto em 11 municípios durante os meses de janeiro e fevereiro deste ano.

O caráter multiprofissional das equipes é importante para que os estudantes percebam como as competências se integram, complementam e ativam processos inovadores ao cuidado em saúde. O contato com realidades e contextos culturais diferentes é um destaque da iniciativa. Essa vivência-estágio vai ampliar os compromissos sociais do setor da saúde com a qualidade da formação universitária.

8. EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Um objetivo inovador é o estabelecimento de relações com os movimentos que fazem a mediação pedagógica com a população, tais como os setoriais de saúde do Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra, a Confederação dos Trabalhadores da Agricultura, o Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais e a Confederação Nacional das Associações de Moradores, entre outros; os movimentos de portadores de patologias; as organizações de comunicação popular, de etnia e gênero ou de cultura popular e os centros de assessoramento e educação popular por saúde, fomentando a participação social na formulação e na gestão de políticas públicas na saúde.

Essa articulação poderá trazer subsídios para a produção de material educativo e informacional coerente com a cultura dos movimentos e grupos populacionais, propiciando a eficácia da educação e comunicação em saúde.

Outra iniciativa será participar dos planos político-pedagógicos das instituições formadoras de trabalhadores de saúde no sentido de informar os processos de formação com os princípios da educação popular em saúde e se fazer presente nos cursos de graduação e pós-graduação, além de incentivar processos de produção e disseminação de conhecimentos na área.

A manutenção de uma agenda de interlocução com os outros ministérios, particularmente com o Ministério da Educação, é fundamental para o desenvolvimento de ações coordenadas, como as de saúde na escola, considerando que a cidadania e a educação popular propõem mudanças na organização da escola e na formação da consciência sanitária. Inovações curriculares, educação permanente de professores e metodologias construtivistas e participativas representam estratégias políticas que podem revelar os desejos, as representações, as aspirações, enfim, as motivações daqueles que estão envolvidos.

9. EDUCAÇÃO E ENSINO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E AUXILIARES DE ENSINO

Um processo de mudanças na formação que se propõe à articulação ensino-serviço não pode prescindir do debate das condições de ensino-aprendizagem nos hospitais universitários e auxiliares de ensino; assim, o debate da área está sendo levado à comissão interinstitucional de gestão dos hospitais universitários. Uma vez que a modelagem final dos estudantes das profissões da saúde tem sido feita principalmente pelos hospitais universitários, o debate sobre a sua relação com a graduação não é menos relevante que o debate de sua integração à rede do SUS e adequado financiamento. O primeiro passo será a inserção da reflexão crítica sobre os hospitais universitários em todos os projetos de Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde são a principal estratégia do Ministério da Saúde, mas não a única, para a implementação da política de formação e desenvolvimento e para o fortalecimento do trabalho no SUS

10. FORTALECIMENTO DO PLANEJAMENTO DO TRABALHO EM SAÚDE NO SUS

Com o objetivo de dar acesso à informação e ao conhecimento das relações de trabalho, mas também democratizar a planificação e gerência das relações de trabalho em saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde está coordenando um processo de catalogação e documentação relativo às entidades profissionais e de trabalhadores de saúde, bem como está mediando as reflexões e proposições relativas à

circulação de profissionais e exercício do trabalho em saúde entre os países do Mercosul.

O acompanhamento e o conhecimento dos fluxos da oferta e demanda da força de trabalho no setor da saúde, bem como nas profissões e nas ocupações de saúde, contribuirão para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências do trabalho no campo da saúde.

A articulação entre os gestores e as entidades profissionais deve gerar maior qualidade às estratégias e processos de regulação das profissões e das ocupações da área da saúde. Espera-se poder coordenar um processo de estudos e pesquisas que propicie analisar o trabalho na área, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de gestão e de regulação do trabalho em saúde.

11. MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS

O Ministério da Saúde está promovendo a implantação de um sistema negocial permanente no SUS, estimulando Estados e municípios a instalar mesas de negociação com o suporte técnico fornecido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A perspectiva é que todos os Estados e capitais se mobilizem e coloquem em funcionamento uma Mesa de Negociação Permanente do SUS.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS teve suas bases oriundas do exercício do controle social em saúde, sendo um espaço de negociação e pactuação das relações trabalhistas, vinculado ao Conselho Nacional de Saúde. Conta, em sua composição, com representantes do gestor federal, dos gestores estaduais e municipais, das entidades dos empregadores privados prestadores de serviço ao SUS e das entidades dos trabalhadores.

Ao longo de sua existência, a Mesa alternou períodos de atividade e inatividade, estágio em que se encontrava há seis anos. Em junho de 2003, a

Mesa foi reinstalada. O seu funcionamento é uma clara demonstração do Ministério da Saúde em apostar na constituição de um fórum de diálogo, discussão e pactuação entre gestores e trabalhadores, de temas relevantes para a qualidade e eficácia dos serviços de saúde ofertados à população; reconhecimento da necessidade de estabelecer relações de trabalho democráticas e busca de alternativas para os impasses e conflitos por meio da co-responsabilidade de todos os atores envolvidos.

A reinstalação da Mesa foi priorizada por ser determinante da capacidade de gestão dos mais de 2 milhões de trabalhadores do SUS. Entre os temas em discussão pela Mesa Nacional estão o plano de cargos e salários para a carreira no SUS, jornada de trabalho, formação e qualificação profissional, saúde do trabalhador do setor da saúde, seguridade social, reposição da força de trabalho no SUS, formas de contratação e ingresso no setor público e a instalação de mesas estaduais e municipais de negociação.

Um importante desafio à condução da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS é a superação do caráter trabalhista e de administração de recursos humanos para o de gestão do trabalho e da educação na saúde, trazendo para a cena o trabalho em saúde e não apenas relações normativas e reivindicatórias entre empregados e empregadores. O trabalho como uma tarefa coletiva de produção da saúde não é uma operação dos gestores, senão uma atitude associada dos trabalhadores e dos gestores deste setor para assegurar acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como de redução do risco de doença e outros agravos e garantir o acolhimento dos usuários do SUS em ações de qualidade, resolutividade e promoção da sua autonomia com franca abertura ao controle social em saúde.

12. DESPRECARIZAÇÃO DOS VÍNCULOS DE TRABALHO NO SUS

O Ministério da Saúde está analisando e debatendo com os gestores estaduais, municipais e

lideranças trabalhistas alternativas para combater a precariedade do trabalho dos profissionais que atuam no SUS. Indicadores e estudos em análise no Departamento de Gestão e da Regulação

do Trabalho em Saúde, que coordena o programa, mostram que as relações e os vínculos de trabalho são precários em mais de 30% da força de trabalho do SUS.

EMPREGOS NA SAÚDE EM 2003

- Nível Superior: 33,5%
- Nível Fundamental e Médio: 66,5%
- Técnico/auxiliar: 28,6%
- Ocupacional/elementar: 11,2%
- Administrativo/operacional: 26,7%

O principal objetivo do programa é reverter a situação desses trabalhadores que hoje não têm direitos trabalhistas e previdenciários. O que se busca é estabelecer vínculos regulares que assegurem direitos e estabilidade aos trabalhadores e

também a organização dos serviços de saúde oferecidos à população, já que o vínculo precário tem reflexos diretos na qualidade dos serviços oferecidos e na regularidade do trabalho dos profissionais.

EMPREGOS NA SAÚDE EM 2003

Região	Empregos	%	População	%
Norte	132.605	6,08	13.504.599	7,73
Nordeste	523.221	23,99	48.845.112	27,97
Sudeste	1.048.239	47,98	74.447.456	42,63
Sul	324.215	14,87	25.734.253	14,74
Centro-Oeste*	154.318	7,08	12.101.540	6,93
Brasil	2.180.258	100,00	174.632.960	100,00

Fonte: AMS/IBGE – 2003

* DF

Ao longo dos anos 90 do último século, passou-se a adotar no SUS a política da flexibilização e da precarização das relações de trabalho, mediante diversas modalidades de vinculação. Tal política, preconizada pelo governo federal, acabou sendo seguida por boa parte dos Estados e municípios, provocando um enorme processo de precarização do trabalho no SUS.

Atualmente, como consequência desse processo, um grande contingente de profissionais do setor público da saúde, que é calculado em aproximadamente 800 mil trabalhadores, está precarizado, o que equivale a mais de 30% da força de trabalho inserida no setor, envolvendo as mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, paga-

mento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da CLT, entre outras. Todas essas modalidades de relações precárias de trabalho, além de contrariarem os preceitos constitucionais previstos no artigo 6º da Constituição Federal, colocam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social aqueles que prestam assistência à população.

No caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a situação apresenta-se ainda mais complexa. Dos mais de 180 mil trabalhadores em atividade no país, a grande maioria percebe o equivalente a um salário mínimo, tendo uma inserção precária no Sistema, desprotegidos que são em relação à legislação trabalhista.

Além de apoiar técnica e financeiramente as propostas construídas nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, o Ministério da Saúde está desenvolvendo outras importantes estratégias para dinamizar a educação para e no SUS

A portaria nº 2.430, do Ministro da Saúde, de 23 de dezembro de 2003, criou o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que tem como meta principal regularizar a situação desses trabalhadores que prestam serviço sem garantias trabalhistas e de permanência do trabalho. O Comitê proporá políticas concretas para que se tenha, de fato, um programa de desprecarização. Os principais objetivos deste Comitê são:

- fixar diretrizes e cronograma para o recadastramento e levantamento nacional dos trabalhadores nesta situação;
- monitorar as formas de substituição do trabalho precarizado nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal;

- dimensionar e estimular a realização de concursos públicos nas três esferas de governo;
- avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e as repercussões na Lei de Responsabilidade Fiscal;
- monitorar as decisões judiciais e/ou acordos extrajudiciais;
- induzir, por meio da cooperação com os entes federados, uma nova concepção de relações estáveis de trabalho;
- propor mecanismos de financiamento pelo governo federal que estimulem as formas legais e desprecariadas de relações de trabalho no SUS, com especial ênfase às equipes de saúde da família e aos ACS;
- valorizar e divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho do SUS, que dignifiquem o trabalho humano e a conseqüente melhoria dos serviços de saúde no país, com enfoque multiprofissional.

13. PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS NO SUS

Como política de governo, foram retomadas as discussões sobre a carreira, cargos e salários no SUS. Essas discussões estão em consonância com os objetivos da Comissão Temática sobre Papel do Estado, Reestruturação do Serviço Público e Diretrizes Gerais de Planos de Carreiras da Mesa Central de Negociação Permanente, ora em funcionamento no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Vale salientar que tais disposições estão consubstanciadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. O artigo 27, da Lei Federal nº 8.080/1990, determina que a política de recursos humanos na área de saúde seja formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo. Por sua vez, o artigo 4º da Lei Federal nº 8.142/1990 impõe a criação de comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), como condição para os Estados, os municípios e o Distrito Federal receberem recursos da União, provenientes do setor da saúde.

A criação de Comissão Especial para elaboração de diretrizes ao Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS, determinada pela Portaria Minis-

terial nº 2.428, de 23 de dezembro de 2003, toma como referência os parâmetros e as diretrizes da NOB-SUS 02/98, atendendo às demandas dos trabalhadores e dos gestores por uma carreira da saúde.

Um PCCS-SUS deve atender aos requisitos de valorização do profissional, e de alocação de profissionais conforme necessidades da população e dos sistemas municipais de saúde, atendendo características locais e/ou regionais.

Tendo como prioridade definir as bases jurídicas e administrativas do PCCS para o conjunto do SUS, foram propostas pelo Ministério da Saúde as seguintes questões para debate:

- carreira unificada do SUS;
- planejamento das bases legais e administrativas dessa carreira, o que inclui uma proposta de emenda ao artigo 198 da Constituição Federal;
- carreira nacional do SUS;
- definição dos elementos de uma carreira nacional exclusiva para atender às necessidades dos pequenos municípios, com financiamento majoritário federal;
- geração de uma identidade nacional de trabalhadores de saúde do SUS;
- valorização dos trabalhadores de saúde do SUS, com desenvolvimento e fortalecimento de mecanismos que promovam, nas três esferas de governo, a valorização do trabalho no SUS e a criação de uma identidade entre seus servidores;
- levantamento da situação dos PCCS existentes nos Estados e municípios,
- realização de uma campanha nacional de sensibilização.

14. CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde se constitui em fórum de caráter consultivo e de natureza colegiada, com a participação de órgãos governamentais, de regulação do exercício profissional (conselhos profissionais) e de entidades técnico-científicas para debater propostas de definição/redefinição do exercício das profissões

regulamentadas, regulação de novas profissões e ocupações no setor da saúde e desenhar políticas públicas para as profissões a partir das necessidades de saúde da população e do ordenamento do sistema de saúde.

Uma significativa afirmação da singularidade profissional do ACS se dará ao reconhecê-lo como um trabalhador no campo de interface intersetorial da saúde e ação social

Trata-se de um novo dispositivo de gestão da política de saúde, recentemente criado para melhorar o exercício profissional dos trabalhadores do SUS (Portaria nº 2.429, de 23 de dezembro de 2003), cujo trabalho, em caráter permanente, visa propor ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da saúde, emitir pareceres e mediar conflitos entre as profissões, entre outros atos de regulação. Uma de suas atribuições será discutir uma série de projetos de lei em tramitação no Congresso que propõem criar novas ocupações na saúde ou regulamentar profissões existentes.

No Brasil, a regulação das profissões tem obedecido muito mais às regras estabelecidas pelo mercado do que por ações efetivas do governo. Aceita-se o processo da auto-regulação das profissões por corporações, isto é, por meio de regras emitidas pelos próprios conselhos das profissões, e observam-se iniciativas legislativas reproduzindo e reafirmando esse caráter corporativo, endossando ou referendando em lei as resoluções internas dos órgãos de fiscalização do exercício profissional, sem que haja qualquer esboço de intervenção do Estado (governo, sociedade civil, representação popular, controle social do SUS) nesse aspecto.

A complexidade das relações societárias na contemporaneidade, o avanço vertiginoso na produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, a mudança contínua nos perfis ocupacionais pela mutabilidade da cultura e permeabilidade aos acontecimentos humanos e sociais exigem a abertura dos roteiros profissionais e a aventura permanente em direção à interprofissionalidade e ao redesenho das fronteiras instituídas previamente ao contato com as populações reais em produção da vida. Uma câmara de regulação do trabalho aceita a inventividade da vida em sociedade e a necessidade de regular atos de responsabilidade e de garantia dos direitos e deveres na oficialidade das práticas de saúde.

No caso específico do setor da saúde, registre-se que as ações e serviços dessa área são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, a fim de efetivar a proteção à vida, submetendo o interesse particular ao social. As demandas são inúmeras, exigindo um Estado mais presente e com capacidade de intervenção no sentido de estabelecer soluções que se harmonizem com o interesse social. Para intervir nesse cenário é fundamental o funcionamento de uma câmara técnica com a finalidade de produzir e recomendar à gestão setorial normas sobre a regulação do exercício profissional, bem como a definição e regulação de novas ocupações no setor. Este trabalho permitirá ao Estado reassumir o seu papel na regulação do trabalho, particularmente no setor da saúde.

15. EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO MERCOSUL

O trabalho desenvolvido pela Subcomissão do Exercício Profissional, no âmbito do Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde, do Grupo Mercado Comum (GMC) do Mercosul (SGT 11 “Saúde”/Mercosul), revela-se complexo à regulação do trabalho, especialmente pelo fato de que só tardiamente veio à tona nos debates do Mercosul, havendo mesmo poucas diretivas aprovadas pelo GMC no que concerne a essa questão.

Como exemplo de uma série de desafios a enfrentar, tem-se a padronização da legislação do exer-

cício profissional, a compatibilização da formação e das especialidades, o registro único, a base comum de dados dos profissionais, a revalidação dos diplomas nos Estados Partes e a definição das profissões e ocupações de saúde. A isso se somam questões como as do idioma, do desequilíbrio quantitativo de profissionais de saúde nos Estados Partes, das diferentes estruturas de organização dos profissionais, da desigual estrutura de fiscalização do exercício profissional nos Estados Partes, da definição de política no setor da saúde para as áreas de fronteira, da prática ilegal de exercício profissional de profissionais de um país em outro e da criação de faculdades e escolas *off-shore*, que tendem a absorver demanda extraordinária dos países onde a demanda por estudos superiores é muito alta e que, com a admissão de outros países no bloco, acarretará o agravamento da situação.

Para discussão desses e de outros assuntos que venham a ser colocados nas pautas de negociação e objetivando respaldar as decisões da Subcomissão de Exercício Profissional, fez-se necessária a criação de um Fórum Permanente do Mercosul sobre Exercício Profissional com a participação dos vários segmentos de gestão das políticas públicas envolvidos com a questão.

FINALIZAÇÃO

A partir da criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e do planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. Duas temáticas fundamentais revelaram a necessidade urgente de o gestor federal do SUS assumir de maneira definitiva seu papel na área dos trabalhadores de saúde: o estabelecimento de uma política para a educação permanente no campo sanitário e a valorização do trabalho por uma política de saúde pensada segundo o engajamento dos trabalhadores do setor (saúde se faz com gente...).

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de reorientar os projetos político-pedagógicos de formação profissional e em serviço para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão e da atenção de saúde, segundo as características locais e regionais do andar da vida e da organização do sistema de saúde, não sendo mais tolerável a dissociação entre a educação dos profissionais e o trabalho no SUS; entre o trabalho no SUS e a valorização dos trabalhadores. De outro lado, a expansão da implementação da saúde da família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação dos profissionais de saúde para o trabalho em equipe e para o exercício da atenção integral, resolutiva e de qualidade, bem como as limitações do ordenamento da rede de atenção, mostrando-se fragmentada e dissociada em sub-redes distintas da noção de rede única. Ao mesmo tempo que o SUS registrou uma enorme inclusão de trabalhadores por meio da implantação do modelo assistencial de saúde da família, produziu uma imensa precarização dos vínculos de trabalho com o setor público, fragilizando, sobremaneira, a governabilidade setorial diante dos trabalhadores.

Os problemas da formação dos profissionais de saúde – tanto no campo da atenção à saúde, quanto no campo da organização do sistema de saúde – e da gestão do trabalho em saúde tornaram-se ponto de estrangulamento para o processo de implantação e aperfeiçoamento da implementação do SUS. Está claro que as mudanças na condução do Sistema têm de ser simultâneas às mudanças nas práticas de cuidado, nas práticas de gestão e nas práticas de formação, pois cada processo depende *do* e potencializa *o* outro.

A gestão do trabalho e da educação na saúde ganhou o estatuto de uma Secretaria na estrutura central do Ministério da Saúde e vem tentando dar materialidade às compreensões de que saúde se faz com gente; que a qualidade do trabalho em saúde se faz com formação e educação permanente; que o setor da saúde precisa da valorização e

da adequada regulação do trabalho; que os trabalhadores de saúde são relevante motivo para a adoção de reformulações do trabalho setorial e que os trabalhadores de saúde representam relevante motivo para o desenvolvimento do trabalho neste setor. Assim foi problematizada a área de recursos humanos e assim está em montagem e execução a política federal de gestão do trabalho e da educação na saúde.

*As escolas técnicas de saúde do SUS
são entidades governamentais que
têm como função principal promover
a profissionalização dos trabalhadores
do setor que não tenham qualificação
específica para o desenvolvimento
das ações de saúde*

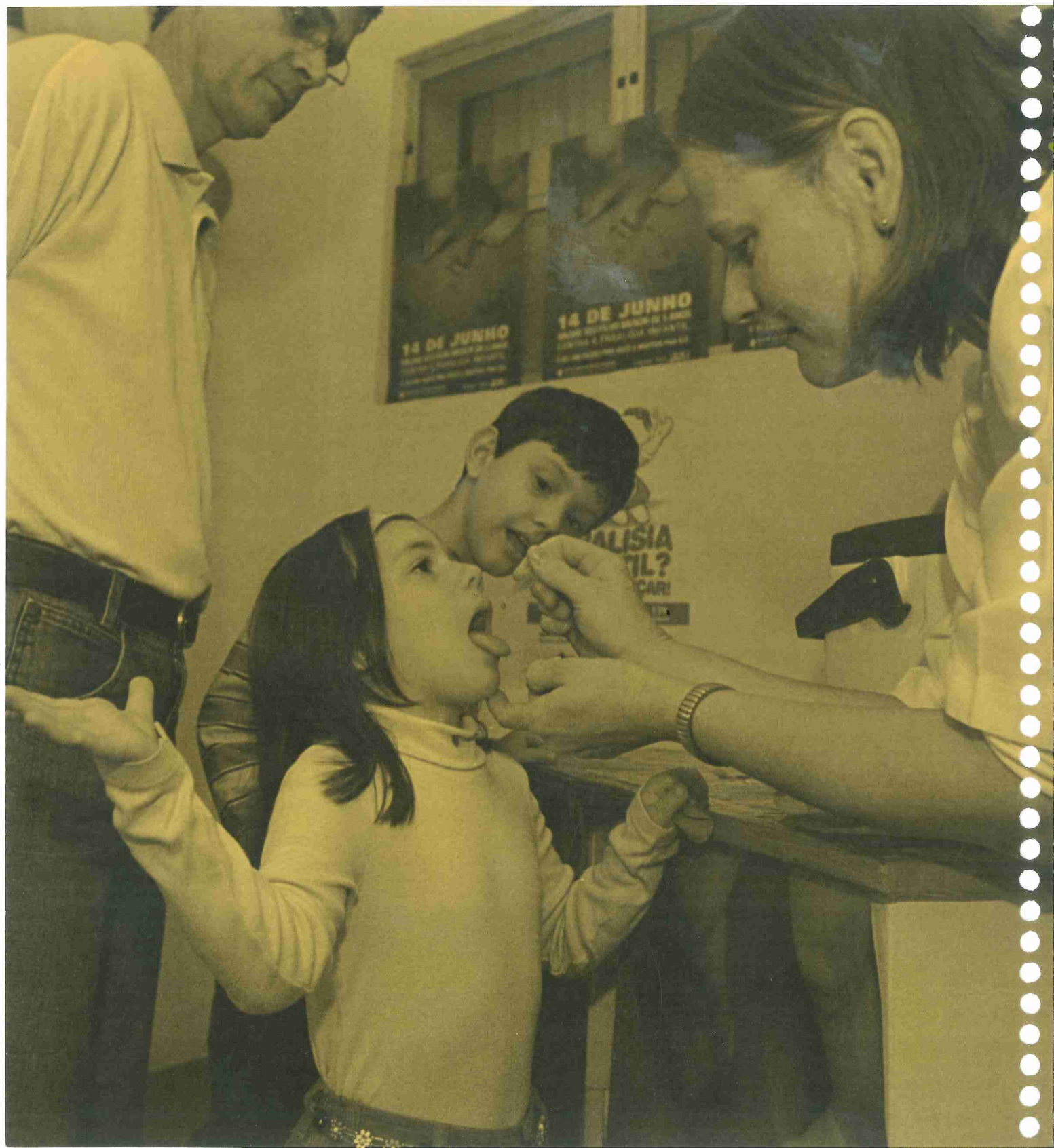
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Projeto Agenda: Política de Recursos Humanos de Saúde - Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS - Relatório Final. Relatora Geral: Janete Lima de Castro. Natal - UFRN, 2000.

Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde. Coord. Roberto Passos Nogueira. Brasília - Organização Pan-Americana da Saúde, 2002 - Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde

Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde/Organizadores Janete Lima de Castro, José Paranagua de Santana. Brasília:OPAS/OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises/organizado por André Falcão et. al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Brasil, Ministério da Saúde.



INFORME TÉCNICO DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

a Atenção Básica na prevenção e o controle da dengue e da malária

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

A dengue e a malária são duas doenças transmitidas por vetores de grande importância para a saúde pública do mundo e do Brasil.

A malária apresenta elevado risco de transmissão na região da Amazônia Legal, onde se concentram mais de 99% dos casos registrados no país, uma vez que as condições socioeconômicas e ambientais favorecem a proliferação do mosquito do gênero *Anopheles*, vetor da doença e, conseqüentemente, a exposição de grandes contingentes populacionais. A doença causa óbitos, sofrimento e perdas sociais. Existe elevada perda econômica, em virtude dos dias em que os doentes deixam de trabalhar.

No período 1980-1999 a malária no Brasil apresentou uma tendência francamente ascendente até 1989, quando atingiu um total de 577.520 casos diagnosticados, correspondendo a um coeficiente de incidência de 391,79 casos por 100 mil habitantes. Nos anos subseqüentes, ocorreu uma tendên-

cia à estabilização em níveis elevados, quase sempre acima de 500 mil casos anuais, seguida de uma queda acentuada no período 1996-97. No ano de 1997, o número total de casos (405.051) e o seu correspondente coeficiente de incidência (253,73) voltaram a aproximar-se das cifras observadas na metade da década de 1980.

A partir de 1998 esta tendência de decréscimo no número de casos voltou a se inverter, com a ocorrência de 471.892 casos e, em 1999, foram notificados 635.436, com um acréscimo de 34,1% em relação a 1998.

Quanto à dengue, o Brasil foi reinfestado pelo *Aedes aegypti*, vetor da dengue, em 1976. Em 1982 se conheceu a primeira epidemia laboratorialmente documentada de dengue no país, em Boa Vista, Roraima, com a notificação de aproximadamente 12 mil casos, pelos sorotipos 1 e 4. Entre 1986 e 1987, grandes centros urbanos, como Rio de Janeiro e Fortaleza, passaram a registrar casos. Foi a primeira grande epidemia, pelo sorotipo 1.

A partir da introdução de novos sorotipos, a dengue no Brasil teve um crescimento significativo na década de 90, atingindo o nível mais elevado em 1998, ano em que foram registrados cerca de 560 mil casos. No ano de 2002, após a introdução do DEN-3, foram registrados mais de 794.000 casos, com 2.714 casos de Febre Hemorrágica da Dengue e 150 óbitos.

*No processo de descentralização,
a inserção das ações de prevenção
e controle das doenças transmitidas
por vetores na rotina da Atenção
Básica é imprescindível*

A situação epidemiológica tanto da dengue como da malária levou o governo federal a instituir programas permanentes de prevenção e controle, em que a inserção das atividades essenciais na rotina da atenção básica é um dos principais pilares.

Até 1999 as ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores, inclusive a dengue e a malária, eram executadas pelo governo federal, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde. Com a publicação da Portaria M.S. 1399/99, foram estabelecidas as responsabilidades de cada uma das esferas de governo na área de epidemiologia e controle de doenças, ficando sob a responsabilidade dos municípios a execução da grande maioria das ações, principalmente aquelas de baixa e média complexidade. Concomitantemente, foi estabelecido o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD, com repasse mensal dos recursos para os Estados e municípios executarem as ações sob a sua responsabilidade.

No processo de descentralização, a inserção das ações de prevenção e controle das doenças trans-

mitidas por vetores na rotina da atenção básica é imprescindível para o aumento da cobertura e a melhoria da efetividade destes programas.

MALÁRIA

As premissas básicas do controle da malária concentram-se no diagnóstico e tratamento rápido, se possível em até 24 horas após o início dos sintomas; o controle seletivo de vetores e as ações de educação em saúde e mobilização social. Nessa perspectiva, são as seguintes as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários da saúde no controle da malária:

1. ÁREA URBANA

- realizar ações de educação em saúde e de mobilização social;
- orientar o uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção da malária;
- mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental com o objetivo de fazer o controle de vetores;
- identificar sinais e sintomas de malária e encaminhar o suspeito para a unidade de saúde, para diagnóstico e tratamento;
- acompanhar os pacientes em tratamento;
- orientar o paciente sobre a necessidade de concluir o tratamento.

2. ÁREA RURAL

O elenco de atividades pode ser maior, em decorrência da maior ou menor facilidade de acesso do paciente às unidades básicas de saúde. Nessas condições, são acrescidas as seguintes atividades:

- realizar diagnóstico por meio de imunotestes, conforme orientação do supervisor. Quando não for possível a realização do imunoteste, encaminhar a pessoa suspeita de malária para unidade de referência;
- colher lâminas com pessoas suspeitas de malária e encaminhá-las para leitura, conforme estratégia local. Quando não for possível a realização da coleta de lâmina, encaminhar a pessoa suspeita de malária para unidade de referência;

- realizar o tratamento imediato e adequado conforme tabelas de tratamento disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
- receber o resultado e instituir o tratamento conforme tabelas de tratamento;
- acompanhar os pacientes em tratamento;
- coletar Lâmina para Verificação de Cura (LVC) após a conclusão do tratamento e encaminhá-la para leitura conforme estratégia local;
- receber o resultado da Lâmina de Verificação de Cura (LVC) e, se for positiva, repetir o tratamento.

Para viabilizar a execução destas atividades, o Ministério da Saúde promoveu a capacitação de aproximadamente 19.500 agentes comunitários de saúde nos municípios prioritários da Amazônia Legal, no período 2000 a 2003.

A inserção dessas atividades na rotina da atenção básica tem contribuído de forma decisiva para a redução da malária na Amazônia Legal. Nos últimos anos têm sido alcançados resultados positivos, com a redução dos danos produzidos por essa doença. Ao final de 2002, comparando-se com 1999, houve diminuição de 40% no número de casos de malária; o número de municípios de alto risco passou de 160 para 76; o número de internações reduziu-se em 69,2% e o número de óbitos por malária diminuiu 36,5%.

A situação epidemiológica da malária pode ser rapidamente alterada pela descontinuidade das ações de controle e também pelas alterações ambientais e socioeconômicas nas localidades, provocando um rápido crescimento no número de casos. Dessa forma, o PACS/PSF, como estratégia que permite o aumento do acesso da população, bem como a continuidade das ações de prevenção e controle, é de fundamental importância para a sustentabilidade dos resultados obtidos.

DENGUE

Um dos dez componentes do Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD, instituído em julho de 2002, é a integração com a atenção básica, que tem

como objetivo principal a consolidação da inserção das ações de prevenção e controle dessa doença na rotina do PACS/PSF, visando, principalmente, promover mudanças de hábitos da comunidade que contribuam para manter o ambiente doméstico livre do *Aedes aegypti*. Além dessa ação educativa, os agentes comunitários de saúde contribuem para aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância, por meio da notificação imediata da ocorrência de casos, assim como as equipes de saúde da família contribuem para o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado de pacientes com dengue.

Antecedendo o PNCD, todas as estratégias implantadas no país para o combate à dengue eram muito centradas nas ações de combate químico ao vetor. Esse programa busca mudar essa lógica, priorizando a eliminação de criadouros e o cuidado com o domicílio, sendo esse um papel fundamental dos agentes comunitários de saúde.

*Além das ações educativas,
os agentes comunitários de
saúde contribuem para aumentar
a sensibilidade do sistema de
vigilância por meio da notificação
imediata da ocorrência dos casos*

As principais atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde são as seguintes:

- Atuar junto aos domicílios informando os moradores sobre a doença, seus sintomas, os fatores de risco e o agente transmissor.
- Informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas e/ou pupas do mosquito transmissor da dengue na casa ou redondezas.
- Vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais com larvas e/ou pupas do mosquito transmissor da dengue.

- Orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer riscos para a formação de criadouros de *Aedes aegypti*;
- Promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue.
- Encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde mais próxima, de acordo com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

Os resultados até aqui obtidos são satisfatórios, com a redução em 57,2% no número de casos registrados em 2003, quando comparados com os casos ocorridos em 2002, tendo o número de casos de Febre Hemorrágica de Dengue passado de 2.714 para 709 e o número de óbitos reduzido de 150 para 38.

A situação epidemiológica do país é muito complexa, com a detecção do sorotipo 3 em 24 Estados da federação e com infestação por *Aedes aegypti* em quase 4.000 municípios do país, o que acena para a possibilidade da ocorrência de epidemias de dengue de grande magnitude.

Entretanto, a continuidade das ações de prevenção e controle, incluindo as atividades dos agentes comunitários de saúde, especialmente na mudança de comportamento da população, tem permitido a reversão desse quadro, inclusive com a melhora nos indicadores entomológicos de infestação pelo *Aedes aegypti* nos municípios.

Para a execução destas atividades, em 2002 e 2003 foram capacitados 7.612 instrutores/supervisores do PACS/PSF, 6.600 médicos e 62.899 agentes comunitários de saúde.

Além dos resultados obtidos, é importante destacar que todo esse esforço tem contribuído para a consolidação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, em um contexto em que mais de 5.000 municípios já estão certificados para a gestão dessas ações, recebendo recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e sistemática.



Ministério
da Saúde

