

O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS¹
RAPHAELA AUGUSTO TEIXEIRA DE AGUIAR²
VENEZA BERENICE DE OLIVEIRA³

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi a estratégia escolhida pelo Ministério da Saúde para promover a substituição do modelo assistencial brasileiro. Quase dez anos após o seu início, constata-se uma heterogeneidade na sua implantação: observa-se a ausência de cobertura em municípios de grande porte, notadamente as capitais brasileiras, e também em municípios muito pequenos, não habilitados nas modalidades de gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). A expansão do programa a esses dois espaços encontra restrições específicas e, ao mesmo tempo, situações potencialmente vantajosas. Devido ao grande contingente populacional que se encontra nas capitais brasileiras, a cobertura das mesmas revela-se essencial para a consolidação definitiva do modelo assistencial proposto, mas para tal deverá vencer problemas advindos de suas relações com os atores dos novos espaços, bem como usufruir de vantagens oferecidas, como o emprego do meio acadêmico em processos de capacitação e educação permanente.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família; saúde de família; atenção básica; cobertura; urbanização.

Introdução

O Brasil assistiu a muitas mudanças no setor saúde desde o final da década de 70. A Reforma Sanitária, que resultou no ideário de saúde presente na Constituição brasileira de 1988, foi responsável por um profundo questionamento do modelo vigente até então. Inúmeros aspectos foram objeto de reflexão por parte dos sanitaristas e de segmentos da sociedade, como o arcabouço institucional, o controle social, a descentralização do sistema, o financiamento no setor e o modelo assistencial.

Embora se reconheça o progresso crescente dos três primeiros aspectos, notou-se um avanço mais tímido em relação às mudanças da lógica de financiamento e uma certa estagnação no que diz respeito à reestruturação do modelo assistencial em nosso país (Cordeiro, 2000). Com a Norma Operativa Básica 96, que entrou em vigor no ano de 1998, houve uma mudança na lógica do financiamento, propiciando o surgimento de novas formas de organização da atenção básica em saúde pelos municípios (Brasil/MS, 1996; Souza *et al.*, 2000).

No bojo desse processo, projetos como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) ganharam força, através de estímulo governamental, e a partir de então iniciaram-se discussões cada vez mais frequentes sobre o tipo de modelo assistencial adequado aos novos tempos.

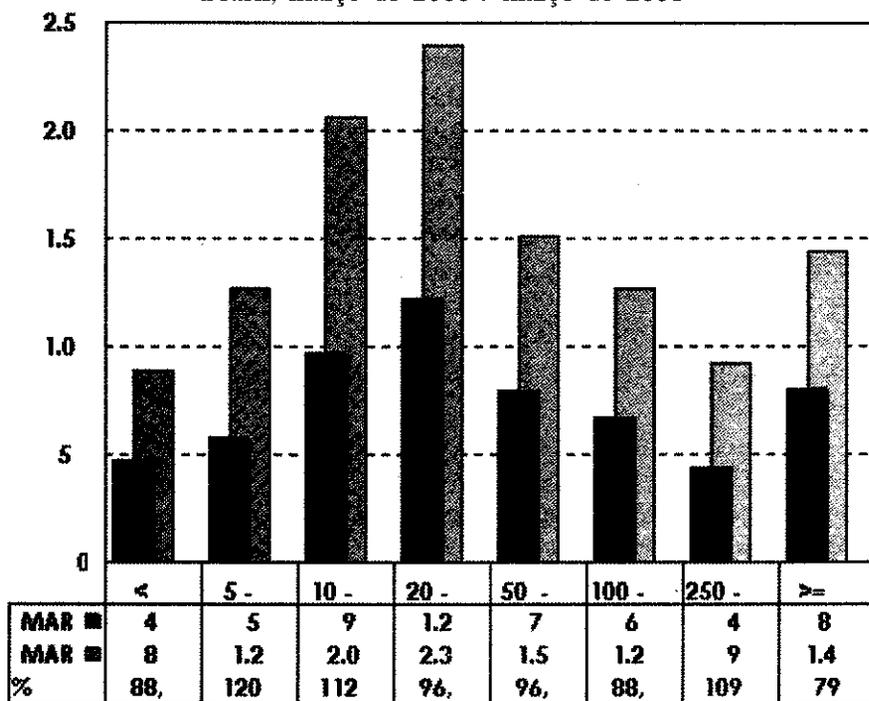
O PSF foi escolhido como a estratégia inicial de reformulação do modelo assistencial por parte do Ministério da Saúde (Campos *et al.*, 2002). Apesar de seu crescimento significativo nos últimos dez anos, não há ainda uma consolidação uniforme do mesmo. Sua implantação vem-se dando de forma heterogênea, predominando em municípios cujo número de habitantes não esteja situado em faixas extremas, ou seja, municípios que não sejam muito pequenos ou demasiadamente grandes. Essa questão é relevante no processo de expansão do PSF: a população brasileira nas últimas duas décadas urbanizou-se e concentra-se agora nas cidades das áreas metropolitanas e municípios de médio porte (Matos, 2000).

Apesar disso, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil/MS, 2001), as equipes de PSF encontram-se concentradas em municípios com população entre cinco e 250 mil habitantes. Tal conformação configura uma falta de cobertura em diversos municípios com menos de cinco mil habitantes, bem como para o contingente populacional significativo das áreas metropolitanas.

Figura 1

Número de equipes de saúde da família nos municípios brasileiros, segundo o tamanho da população (por 1.000 habitantes).

Brasil, março de 2000 / março de 2001

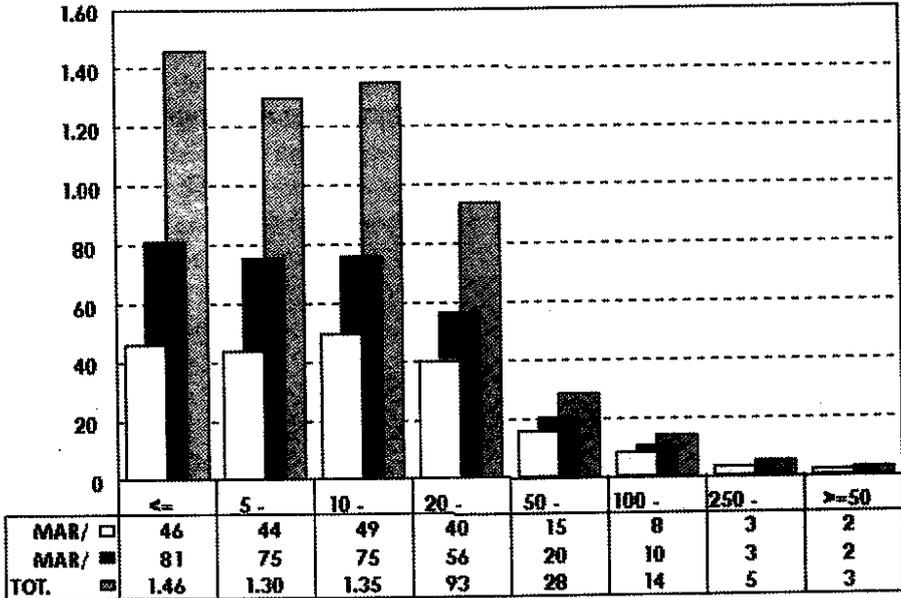


Fonte: CAPSI - Sistema de Dados de Pagamento. Ministério da Saúde, Brasília, 2001

Ainda assim, mais de 1.400 municípios com menos de cinco mil habitantes possuem equipes de saúde da família, embora seja essa a faixa que contém mais municípios também desprovidos dela. Números semelhantes de cobertura por municípios podem ser observados na faixa de municípios cuja população varia entre cinco e dez mil habitantes, bem como na faixa seguinte (dez a vinte mil habitantes), lembrando-se que as duas últimas faixas contêm menos municípios que a primeira. No outro extremo, temos uma presença quase nula das equipes de saúde da família nos municípios com mais de 500 mil habitantes, segundo os mesmos dados do Ministério da Saúde, de 2001.

Figura 2

Números de municípios que contam com equipes de saúde da família, segundo o tamanho da população (por 1.000 habitantes).
Brasil, março de 2000 / março de 2001



Fonte: CAPSI – Sistema de Dados de Pagamento. Ministério da Saúde, Brasília, 2001

Em relação aos municípios situados na primeira extremidade (baixo contingente populacional), pode-se dizer que a ausência de equipes de PSF decorre:

- 1) da estrutura deficiente da organização dos serviços de saúde. Não há como contratar profissionais de saúde para a realização da atenção primária em sua plenitude (cura, prevenção, reabilitação e promoção da saúde) onde não existem profissionais suficientes para cobrir as ações de atenção primária local através de referência e contra-referência. Nesses casos, se houver contratações de equipes para o PSF, as mesmas tentarão sanar inúmeras demandas da assistência local e seu trabalho como equipe de saúde da família será prejudicado;
- 2) da ausência de mecanismos de controle social dos mesmos. Cabe lembrar aqui que a constituição de um Conselho Municipal de Saúde,

com a participação de representantes do sistema, do serviço e dos usuários, é condição *sine qua non* para a habilitação municipal na gestão do SUS e, por conseguinte, para a implantação do PSF (Brasil/MS, 1996).

A cobertura do PSF nesses municípios vem sendo incentivada por um programa recente do Ministério da Saúde: o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Ainda que não seja seu objetivo a implantação de equipes de PSF em larga escala nesses municípios, o PITS traz à tona a necessidade de recursos humanos nos grotões brasileiros (Brasil, 2001).

Também o extremo oposto, representado pelas regiões metropolitanas (notadamente as capitais brasileiras), sofre um atraso na implantação do PSF. Segundo a pesquisa *Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil* (Machado, 2000), apenas 31% dos médicos atuantes no PSF moram em capitais, o que também reforça a pouca penetração desse modelo assistencial nos grandes municípios brasileiros (que são capitais em sua quase totalidade). A mesma pesquisa evidenciou que, na época de sua publicação, cerca de 70% dos municípios brasileiros contemplados com equipes de PSF possuíam menos de 50 mil habitantes, o que corrobora os dados mostrados anteriormente.

Deve-se levar em conta que o Brasil é um país que possui enorme diversidade demográfica, além de processos diferenciados de organização dos modelos assistenciais nos municípios, o que faz com que a implantação de qualquer programa nacional ocorra em tempos desiguais. Além disso, pode-se interpretar esse fato a partir de uma natural dificuldade de inserção do programa nos municípios com mais de 500 mil habitantes, uma vez que possuem uma dinâmica complexa, em função das atividades econômicas ali desempenhadas, bem como condições precárias de moradia e saneamento em várias regiões (em virtude de processos desordenados de aglomeração urbana causados pela imigração rural).

Por outro lado, as regiões metropolitanas apresentam também certas vantagens, que se constituem em potenciais aliadas desse processo de inserção do programa. Tanto os obstáculos à sua implantação nos grandes municípios como as facilidades serão analisados a seguir.

Análise de Alguns Fatores que Dificultam a Implantação do PSF nas Áreas Metropolitanas e Municípios de Médio Porte

A transposição do PSF para os grandes municípios tende a gerar mudanças significativas no mercado de trabalho em saúde ativa, particularmente na força de trabalho ativa, naquela que se encontra em formação, nos serviços públicos e privados de referência, nos meios acadêmicos, na comunidade e nas corporações e conselhos profissionais. De alguns desses impactos advêm os atritos que constituem desafios ao processo; outros podem ser benéficos à implementação do programa. A seguir são analisados os pertencentes à primeira categoria.

Impactos na força de trabalho ativa

Os profissionais dos grandes centros urbanos que lidam diretamente com a assistência à saúde, principalmente os médicos, tiveram uma formação profissional privilegiadora da especialização e da subespecialização. Enquanto o PSF se desenvolvia fora dos grandes municípios, o modelo assistencial vigente nelas ainda preconizava esse tipo de formação. Contudo, o mesmo passa a ser inadequado e até mesmo conflitante em relação às novas necessidades decorrentes da substituição do modelo assistencial.

Como consequência da inadequação da formação pregressa, face ao modelo proposto, há uma baixa aderência dos profissionais residentes nos grandes municípios, devido à natural insegurança em se mudar um processo de trabalho já consolidado com o passar dos anos. Nota-se que, segundo a pesquisa *Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil* (Machado *et al.*, 2000), o PSF apresenta uma alta concentração de profissionais na faixa entre 30 e 49 anos, com relação à média nacional (66,62% dos médicos e 58,69% dos enfermeiros). Caso se alcance uma faixa etária semelhante nos grandes municípios, o provável perfil do médico será o de um profissional especializado, em fase final da consolidação de sua carreira no mercado de trabalho, logo portador de inseguranças e deficiências a se trabalhar em um curso de especialização e, posteriormente, em um programa de educação permanente.

Impactos nos serviços públicos e privados

Os serviços de saúde públicos e os privados atuais estão fortemente

atrelados à lógica assistencial que se deseja substituir com a implantação do PSF. Ainda que o Ministério da Saúde tenha definido um caráter substitutivo da estrutura progressa (substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho), sem a criação de novas estruturas de serviços (exceto em áreas desprovidas) (Brasil/MS, 1998), há toda uma infra-estrutura instalada segundo a lógica anterior, tanto física quanto humana e financeira.

A sua reforma dificilmente se dará de forma tranqüila, uma vez que tenderá a se refletir na rotina dos serviços, seja pela demanda reprimida que se dará após o aumento de cobertura, seja pela necessidade de rearranjo da hierarquia do sistema com um todo. Além disso, cabe ressaltar que os custos econômicos, humanos e infra-estruturais para a cobertura pelo PSF em áreas de média e alta urbanizações são nitidamente maiores do que nos pequenos municípios, os quais muitas vezes não têm um sistema de saúde tão consolidado.

Impacto nas corporações e conselhos profissionais

As associações de especialidades, os conselhos regionais e entidades sindicais (geralmente concentrados nas grandes municípios) são atores potencialmente geradores de conflitos, uma vez que defendem interesses corporativos de especialistas, que verão uma abrupta mudança no mercado de trabalho, com a ascensão da atenção básica e a necessidade de se formar médicos generalistas, por ela conduzida (Dal Poz e Viana, 2002).

Os sindicatos também sofrerão o impacto do crescimento do PSF nas áreas urbanas, uma vez que passarão a se defrontar mais intensamente com a precarização dos vínculos trabalhistas, já observada no emprego de profissionais nas equipes de saúde de família por todo o país. Tais entidades tendem a sofrer pressões organizadas por parte de seus filiados urbanos, no sentido de lutar contra esse problema.

Impacto na comunidade e problemas advindos da urbanização desordenada

Esse impacto traz em si aspectos sinérgicos e antagônicos. Como obstáculo à implantação do PSF, cita-se a penetração de uma equipe profissional, representante do estado, em áreas sob domínio de forças paralelas ao poder legalmente constituído, alicerçadas pelo tráfico de drogas ilícitas e

armas. Tais áreas tornaram-se comuns em várias regiões metropolitanas brasileiras e podem tornar o trabalho da equipe desgastante, inócuo ou até mesmo perigoso, caso haja resistência por parte desses atores sociais.

Outros problemas decorrentes da urbanização dificultam o trabalho da equipe. As atividades econômicas ligadas à indústria, ao comércio e ao setor informal trazem consigo uma dinâmica urbana complexa, uma vez que atraem força de trabalho de outras áreas e provocam a aglomeração humana desordenada em áreas com infra-estrutura escassa, como favelas e invasões. Esse processo leva, como consequência, a um grande contingente de pessoas vivendo sem condições mínimas de saneamento e moradia, o que pode amplificar os problemas de saúde da comunidade. Somam-se às condições de miséria citadas a violência, também já mencionada, e a degradação das relações familiares comumente associadas à pobreza extrema, incluindo-se aí o aumento da violência doméstica e do abuso sexual infantil.

A equipe de PSF em um grande centro enfrenta, assim, problemas adicionais aos enfrentados pelas congêneres em municípios de pequeno e médio portes.

Análise dos Cenários que Facilitam a Implantação do PSF em Áreas Metropolitanas

Dentre os impactos do PSF metropolitano citados anteriormente, alguns são potencialmente positivos, como os que acometem a força de trabalho em formação, a academia e, também aqui, a comunidade.

Impactos sobre a força de trabalho em formação

Uma mudança profunda no mercado de trabalho num grande município tende a se refletir mais intensamente nos centros acadêmicos, já que muitos deles se encontram em regiões metropolitanas. Os estudantes, principalmente os de medicina, tornam-se perceptivos em relação a essas alterações, que podem influenciar diretamente sua vida profissional futura.

Nessas mesmas regiões encontram-se serviços privados detentores de alta tecnologia, que demandam mão-de-obra especializada. Por almejar esse mercado restrito, fragmentado em especialidades, muitos estudantes desejam cumprir programas de residência ou acompanhar serviços, como pré-requisito para obtenção de título de especialista, ainda que vários não sejam bem-sucedidos em seu intento, devido à grande concorrência que há ali.

Ao perceberem a diferença entre essa progressiva restrição ao ingresso no mercado e a expansão de uma nova forma de trabalho, é natural que os alunos procurem se informar a respeito dos novos horizontes de sua futura profissão. Os mesmos atuariam, assim, como um mecanismo de pressão para a reforma do ensino médico, caso não se sintam por ele preparados para exercer as atividades profissionais baseadas nos novos parâmetros.

Impactos sobre os meios acadêmicos

As faculdades e universidades, principalmente aquelas localizadas nos grandes centros urbanos, podem sofrer demandas para oferecer cursos de especialização ou para se articularem com os Pólos de Capacitação, no sentido de apoiar e colaborar com a elaboração daqueles cursos. Tal questão leva ao meio acadêmico a reflexão sobre a terminalidade da formação oferecida a cada categoria na área de saúde.

Tem-se aí um momento propício para a instituição de mudanças curriculares, com o objetivo de adequar a formação médica em maior consonância com as necessidades de saúde da comunidade que abriga o centro formador. Tal situação também pode promover o aparecimento de programas de Educação Permanente em Saúde (EPS), ferramenta que objetiva a transformação do processo de trabalho e a melhoria da qualidade nos serviços, através de um mecanismo de retorno constante, valorizando as necessidades de saúde da clientela e, conseqüentemente, aquelas referentes ao exercício profissional em saúde (Ribeiro e Motta, 1995).

A já citada pesquisa (*Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil*) mostra que 60,47% dos médicos que trabalham em equipes de saúde da família não têm curso de especialização. Ao mesmo tempo, 96,35% desses mesmos profissionais sentem necessidade de aprimoramento profissional na área em que atuam. A expansão do PSF para os grandes municípios, detentores de importantes centros acadêmicos, revela-se uma oportunidade de readequar a formação profissional e de restituir o vínculo do meio acadêmico com os serviços e seus ex-alunos.

Impacto sobre a comunidade

Neste item citam-se algumas vantagens oferecidas à comunidade pela implantação do PSF em áreas densamente povoadas.

O processo de implementação traz em si a possibilidade de despertar na

população uma atitude mais ativa na busca da resolução de problemas da comunidade, a partir da realização do conceito de *empowerment*, um dos pilares da promoção à saúde registrados na Carta de Ottawa, em 1986 (WHO, 1986). O “empoderamento” da população beneficiada pode ocorrer a partir do momento em que ela percebe que a inadequação da infraestrutura básica de moradia é responsável por vários agravos à saúde. Ocorre também quando parte de uma população local não beneficiada assiste à implantação de equipes em áreas adjacentes, com o respectivo aumento da atenção dispensada às famílias dessas áreas, por parte dos profissionais de saúde. Tal processo pode acontecer principalmente quando a implantação ocorre previamente em determinadas áreas (alto risco, por exemplo). Ao se julgar desfavorecidos, os moradores da mesma passam a reivindicar melhorias imediatas em seu próprio meio.

Outra mobilização possível é aquela no sentido de manter o programa após mudanças políticas pós-eleições, de forma a garantir sua continuidade, caso ele tenha se tornado objeto do respeito da comunidade (Dal Poz e Viana, 2002).

Conclusões

O Programa de Saúde da Família necessita, para alcançar seu objetivo de substituição do modelo assistencial brasileiro, de uma inserção mais firme nos grandes municípios brasileiros que concentram em si o maior contingente populacional do país. Também necessita ser levado com maior firmeza aos pequenos municípios, ainda que ocorra uma incipiente discussão sobre o assunto, através de projetos como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Para o sucesso do PSF em sua inserção nas regiões metropolitanas, há que se considerar as especificidades dessas áreas e os atores envolvidos com a saúde nas mesmas. Ao mesmo tempo, há que se considerar os benefícios em potencial oferecidos nos grandes municípios, destacando-se aí uma maior presença do meio acadêmico na resolução das necessidades dos profissionais do programa, através de cursos de capacitação e de programas de educação permanente, bem como de mudanças curriculares que permitissem aos cursos de graduação adequar-se às necessidades do novo mercado de trabalho em saúde urbana.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto n° 3.745, de 5 de fevereiro de 2001*. Brasília, 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma operativa básica, 1996*. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programas e Projetos: Saúde da Família*. Brasília, 1998
- CAMPOS, F.E.; CHERCHIGLIA, M. L.; AGUIAR, R. A. T. Reflexões sobre a saúde de família no Brasil: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, n. 5 , ano 2, p. 70-73, 2002.
- CORDEIRO, H. Os Desafios do Ensino das Profissões de Saúde Diante das Mudanças do Modelo Assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 36-43, dez. 2000.
- DAL POZ, M. R.; VIANA, A. L. D. *PSF: um instrumento de reforma do SUS?*. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/Revista/saudemovimento/index.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2002.
- MACHADO, M. A et al. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/index.html>. Acesso em: 27 jun. 2002
- MATOS, R. Aglomerações Urbanas, Rede de Cidades e Desconcentração Demográfica no Brasil. In: *ENCONTRO Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, 12.*, 2000. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/>>. Acesso em: 27 jun. 2002.
- RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. *Educação Permanente Como Estratégia na reorganização dos Serviços de Saúde*. Salvador : Secretaria Executiva da Rede Ida-Brasil, [1995?].
- SOUZA, M. F et al. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ottawa Charter*. 1986.

NOTAS

- 1 Professor adjunto do DMPS-FM/UFMG e Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON).
- 2 Mestrando em Saúde Pública pela UFMG e pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON).
- 3 Professora assistente do DMPS-FM/UFMG e Vice-coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON).

ABSTRACT

The Challenge of Expanding the Family Health Program in Large Brazilian State Capitals

The Family Health Program (PSF) was the strategy chosen by the Brazilian Ministry of Health to replace the prevailing Brazilian health care model. Almost ten years after the Program was launched, implementation is highly heterogeneous: lack of coverage in large cities, especially in the State capitals, but also in very small municipalities (or counties) that are unprepared for the municipal management modalities required under the Unified Health System (SUS). The Program's expansion into these two areas has encountered specific constraints, but also potentially advantageous situations. Due to the large population contingent in Brazilian State capitals, coverage there proves essential for the definitive consolidation of the proposed health care model, but for this to happen the PSF will have to overcome problems arising from its relations with stakeholders in new areas, besides using such available advantages as the academic community for continuing training and education.

Keywords: Family Health Program; Family Health; Basic Health Care; Coverage; Urbanization

Recebido em: 11/06/02

Aprovado em: 17/06/02