

O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos Desafios

ROSÂNGELA CAETANO¹
SULAMIS DAIN²

RESUMO

Este artigo apresenta alguns resultados da pesquisa sobre a perspectiva de implantação do Programa de Saúde da Família em grandes cidades. Discute algumas das dificuldades específicas para a reestruturação do modelo assistencial dos grandes centros, bem como os desafios a serem superados pela adoção do programa. Funciona, assim, como uma abertura da temática deste número de *Physis*, detalhada nos demais artigos.

O Ministério da Saúde elegeu o Programa de Saúde da Família como a estratégia de transformação dos modelos assistenciais vigentes. Quase dez anos após seu início, constata-se uma grande heterogeneidade na sua implantação no país, com uma cobertura mínima em municípios de grande porte, notadamente nas capitais brasileiras. A expansão para as grandes cidades é condição, tanto para elevações mais significativas de cobertura populacional atingida pelo programa, como para que o PSF possa realmente vir a ser um elemento central na transformação do modelo assistencial do país.

Palavras-chave: Política pública; saúde nas grandes cidades; política de saúde; Programa de Saúde da Família (PSF).

Introdução

As cidades são encruzilhadas e crisóis: os portos cosmopolitas são talvez os laboratórios da tolerância: sua história testemunha fantasmas de contaminação. Dobras no imaginário, escândalo dos marginalizados, mas também a experiência do discordante e a permanência inevitável das variedades. O indivíduo habita como cidadão o gênero humano³.

Este número de *Physis* tem como questão central o tema da política de saúde nas grandes cidades e os desafios postos à tentativa de reestruturação da atenção básica, centrada no Programa de Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde. Os artigos aqui apresentados refletem parte dos resultados de pesquisas⁴ realizadas no campo da Saúde Coletiva, voltadas à ampliação da reflexão sobre a viabilidade, necessidade e complexidade das transformações que hoje integram a agenda de questões relativas à atenção integral à saúde.

As grandes cidades brasileiras têm sido marcadas por movimentos pendulares de crescimento econômico e estagnação, de incorporação e exclusão social. Mais grave que a urbanização desordenada ou a insuficiência de serviços públicos, a falta crescente de oportunidades de integração econômica da população metropolitana vem condenando os mais carentes ao exercício de profissões pauperizadas e de atividades precárias, dificultando cada vez mais a produção de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de vida dos mais frágeis.

Ignorados pelo Estado, excluídos pelo capital, os novos migrantes atraídos às metrópoles pelo sonho da subsistência digna, em sua maioria defrontam-se com direitos meramente virtuais, na disputa pela alocação de recursos e serviços públicos, anteriormente circunscritos aos habitantes da cidade, com eles compartilhando sua deterioração.

A heterogeneidade, a desigualdade e a fragmentação, marcas do tecido urbano brasileiro, se expressam também nas precárias condições de saúde e nos processos de adoecimento, bem como nas dificuldades e diferenças no acesso e consumo dos serviços de saúde. Superpopulação, pobreza, desemprego, exclusão, violência e criminalidade configuram um espectro ampliado de problemas de saúde, que desafiam os gestores e se impõem à reflexão, na busca de novas soluções.

Na arena metropolitana, muitos conflitos se fazem presentes na área da

saúde. O desequilíbrio entre a oferta de serviços e as demandas de assistência, a dicotomia entre os valores das corporações profissionais de saúde e as necessidades de saúde da população, o conflito entre a assistência médica tradicional e um cuidado mais integral são temas relevantes no debate sobre a saúde nos grandes centros urbanos.

A despeito dos avanços obtidos nos últimos quinze anos, em direção à universalidade da atenção à saúde, não se consolidou uma ruptura com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no país, centrado na doença, concentrando majoritariamente ações e recursos para o tratamento ou abordagem restrita de riscos. Configura-se, portanto, como um modelo de cunho curativo, que privilegia uma medicina de alto custo, exercida de forma verticalizada e excludente. Além disso, inviabiliza práticas interdisciplinares e intersetoriais coerentes com intervenções sobre os múltiplos fatores que sabidamente são determinantes do processo saúde-doença.

Neste contexto, ganham força as ações e programas da política de saúde que enfatizam a necessidade de transformação dos modelos assistenciais vigentes. Desde 1994, o Programa de Saúde da Família vem sendo implantado em todo o país pelo Ministério da Saúde, com a expectativa de imprimir nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, com maior integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, e impacto favorável nos indicadores de saúde da população assistida (Brasil, 1996)⁵.

O princípio operacional do PSF, de adscrição de clientela, permitiria estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde da família com a população, possibilitando, em tese, o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Essa estratégia, organizada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade⁶.

Em 2000, 82% da população brasileira já eram urbanos, com 30% concentrados em apenas nove metrópoles (Maricato, 2001)⁷. Nesse ano, o PSF já existia em todos os 27 estados da federação, representando uma cobertura de cerca de 90% dos municípios brasileiros. Apesar disso, a cobertura populacional do PSF respondia apenas por cerca de um terço dos habitantes do país, o que decorre da predominância dos municípios de pequeno porte no processo de sua implantação. Entre municípios com população menor que cinco mil habitantes, uma equipe cobre praticamente 100% da população e,

em municípios na faixa de cinco a dez mil habitantes, uma equipe cobre de 30 a 50% do contingente populacional (Brasil/MS, 2001)⁸.

Nos 227 municípios com mais de 100 mil habitantes, que concentram mais de 35% da população brasileira, a reestruturação do modelo de atenção à saúde vem ocorrendo de forma mais lenta, devido à maior sedimentação de estruturas tradicionais de oferta de serviços de saúde, nem sempre de fácil superação pela alternativa apontada. Cinquenta e três dos grandes municípios (24% do total), que abrigavam uma população de 13,7 milhões de pessoas (16,2% do total), apresentavam índice de cobertura do PSF de 0%, significando que nenhum esforço havia sido desenvolvido, até esse ano, para adotá-lo.

Outros 54 municípios (24% do total), com população de 34,8 milhões, registravam índices de cobertura de até 10%, o que representava a realização de experiências-piloto em suas sedes, ou a implantação focalizada do programa em áreas de risco.

Finalmente, 87 municípios (39%), com população em torno de 30 milhões (35% do total), registravam índices de cobertura que variavam entre 10% e 50%, indicando, nesse caso, um processo em curso, com graus diferenciados de coexistência ou substituição dos modelos. A grande maioria das capitais brasileiras registra índice de cobertura entre 0 e 10%, sinalizando problemas adicionais à adesão ao programa em regiões metropolitanas e nas maiores cidades do país (Oliveira, 2002)⁹.

Assim, apesar da grande expectativa de que o PSF possa vir a ser a estratégia de reestruturação da atenção básica e das mudanças recentes nas condições políticas, institucionais e de financiamento, destinadas a acelerar esse processo, poucas foram as cidades com sistemas de saúde complexos em que o programa foi introduzido como estratégia substitutiva do modelo assistencial. Na grande maioria das cidades de médio e grande portes, o PSF ainda é uma estratégia focalizada de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias.

A transformação mais radical do padrão assistencial tradicional ao padrão de assistência do PSF implica incorporar um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas com significativos custos de reestruturação. O divisor de águas entre o sucesso e o fracasso da transformação pretendida não se limita ou se esgota, entretanto, na restrição de recursos financeiros. Muitas questões, além do financiamento, ainda estão por serem respondidas.

A adoção de processos sustentáveis de mudança e a implantação de

instrumentos de transformação que viabilizem a operacionalização de um sistema de atenção hegemônico, apoiado nos princípios de saúde da família, implicam considerar, entre outros, as particularidades relacionadas à questão da saúde e dos modelos assistenciais em grandes centros urbanos.

As grandes cidades brasileiras apresentam dificuldades específicas (Dain, Favoreto e Santos, 2001)¹⁰ para a transformação do modelo assistencial dos sistemas de saúde locais, que decorrem, principalmente, dos seguintes fatos:

- transformações demográficas e epidemiológicas que afetaram, particularmente, os centros urbanos, associadas à acelerada migração para as cidades; envelhecimento da população; mudanças do perfil de morbimortalidade decorrente da transição epidemiológica; maior incidência de agravos oriundos dos altos níveis de violência urbana;
- desigualdades socioeconômicas entre as várias áreas da cidade, que se refletem na distribuição da rede de serviços, no perfil da demanda e em dificuldades diferenciais de acesso;
- distribuição desproporcional dos serviços de saúde em relação à velocidade de crescimento urbano e dificuldades de acesso em várias comunidades, associadas à presença do crime organizado;
- existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde, responsável por resistências às propostas de mudanças culturais e organizacionais, por parte das instituições do setor;
- inadaptação da grande maioria dos serviços de saúde que compõe esses sistemas às transformações ocorridas na demanda nas últimas décadas;
- deterioração do prestígio político e social e sucateamento das estruturas físicas, materiais e de recursos humanos da rede de serviços;
- modelo de prestação de serviços de saúde hegemônico fundamentado na produção e no financiamento por procedimentos médicos realizados, que tem contribuído para acentuar o processo de medicalização das ações de saúde, na medida em que não articula as ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde, em suas próprias ações, ou na inter-relação de informações e serviços das unidades de saúde;
- ineficiência dos serviços e unidades, particularmente daqueles anteriormente geridos pelos níveis federal e estadual, em relação ao sistema de saúde como um todo. Em geral, tais serviços não passaram por uma redefinição dos seus papéis, visando à constituição de uma rede municipalizada, hierarquizada e regionalizada de saúde, e tampouco absorveram inovações tecnológicas (como o *home-care*, os procedi-

- mentos tipo *one day* ou novos equipamentos), que proporcionariam maior resolutividade à atenção ambulatorial e hospitalar;
- maior resistência corporativa a mudanças nos processos de trabalho na área de saúde, mais intenso em regiões onde o maior nível de organização das entidades profissionais pode acirrar disputas internas e externas às categorias profissionais da área da saúde;
 - dificuldades de financiamento associado à introdução do PSF, devido à impossibilidade dos gestores municipais para alocarem recursos suficientes à cobertura populacional indicada para o programa, em função da lógica de incentivo hoje vigente, que, além de inadequada e insuficiente para municípios de maior porte, tende a agravar a duplicidade de gastos entre a nova rede e os serviços tradicionais; e
 - dificuldade de estabelecer mecanismos mais efetivos de gestão, regulação, avaliação e negociação com os prestadores privados conveniados ao SUS.

O processo incipiente de reestruturação das ações de saúde dos grandes centros ao modelo do PSF permite identificar dificuldades. Isso torna imperiosos o aprofundamento da reflexão e a instrumentalização das mudanças em curso, de modo a integrar a diversidade de lógicas de atenção primária vigentes nesses espaços urbanos, com o desenho e atuação de novo conceito de rede de saúde.

Deve-se ressaltar que a mera adesão ao PSF ou a estratégias similares de atenção básica não garante por si só a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede como um todo, à melhoria das condições de gestão e ao aperfeiçoamento da gerência do Sistema Único de Saúde, em sua expressão local.

Para tanto, é preciso também levar em conta a especificidade de cada região/município (incluem-se aí o processo histórico de constituição daquela rede e suas particularidades de organização), a divisão público-privado, a oferta de serviços (próprios ou conveniados) de média e alta complexidades do SUS, bem como as determinações oriundas do próprio espaço urbano - entre as quais se destacam os fluxos de transporte, as expectativas assistenciais e características médico-culturais da população, os vínculos preestabelecidos dos usuários com unidades e equipes do modelo tradicional, e seus padrões prévios de acesso e consumo de serviços médicos.

Nesse sentido, a apresentação e a discussão de algumas experiências internacionais de transformação dos modelos assistenciais de saúde, em

grandes centros urbanos, podem trazer elementos que auxiliam na compreensão e solução de problemas relacionados a esse processo de mudança no Brasil.

É nessa perspectiva que se inscreve o artigo de Asa Laurell e Laura Tavares Soares, sobre a reestruturação do sistema de saúde da Cidade do México, e que apresenta interessante evolução entre a formulação de política e a prática de governo local.

Um problema significativo a ser enfrentado nesse processo de expansão do PSF e de seu potencial de impacto sobre a organização e resolutividade do sistema de saúde se refere à questão dos recursos humanos disponíveis para o programa. Nos aspectos referentes à formação profissional do médico e demais participantes das equipes de saúde da família, destacam-se, em especial, aqueles relacionados à escassez e insuficiência de profissionais e ao despreparo e à precária qualificação dos mesmos.

A oferta de médicos e enfermeiros egressos dos cursos de graduação, hoje disponíveis para atuação no PSF, não é ainda composta por profissionais que atendam às exigências de resolutividade do cuidado à saúde que a estratégia de saúde da família requer (Cordeiro, 1998)¹¹. Não existe, até o presente, número significativo de profissionais formados especificamente para esse fim. E mesmo aqueles disponíveis têm, freqüentemente, uma capacitação profissional precária frente à demanda de formação exigida (Machado, 2000)¹².

As equipes do programa são, em geral, compostas por profissionais preparados em cursos curtos de sensibilização, em cursos de especialização ainda em estágio incipiente de desenvolvimento e através de esforços individuais de educação permanente.

Os fatores limitativos não se restringem apenas ao número de profissionais e às condições de uma formação médica tradicional. Além da ampliação de quadros, o investimento em recursos humanos para a expansão do PSF nos grandes centros e para uma mudança real no modelo assistencial vigente precisará alcançar níveis de qualificação que garantam o desenvolvimento de ações inovadoras em relação aos modelos tradicionais e a habilitação para o gerenciamento de processos e resultados, incluindo a utilização efetiva de instrumentos e práticas de avaliação de impacto.

Sobre essas questões, Francisco Campos, Raphael Aguiar e Veneza de Oliveira discutem alguns impactos e mudanças que a transposição do PSF para os grandes municípios poderia gerar no mercado de trabalho em saúde - particularmente na força de trabalho ativa, naquela que se encontra em formação, nos serviços públicos e privados de referência, nos meios acadê-

micos, na comunidade e nas corporações e conselhos profissionais.

O simples aumento do número de profissionais formados no modelo biomédico clássico não resolverá, contudo, a questão dos recursos humanos necessários ao programa. No processo de implantação e desenvolvimento do PSF, a perspectiva do cuidado aos indivíduos em suas demandas e formas singulares de adoecer e sofrer e, conseqüentemente, na busca de atenção por parte dos médicos ou enfermeiros de família, são questões ainda pouco aprofundadas.

Nesse sentido, César Favoreto e Kenneth Rochel de Camargo Jr. apontam para o fato de que mudanças nas condições e nos cenários das práticas não são necessariamente acompanhadas por um novo entendimento, por parte dos profissionais, dos seus papéis e dos novos elementos em jogo em suas intervenções. Há necessidade de repensar os saberes e as práticas que esses profissionais virão a desenvolver em seu cotidiano e na busca de uma atenção à saúde, para que o PSF seja realmente capaz de contribuir para a resolutividade e a integralidade das intervenções sanitárias no SUS.

Por fim, um dos fatores aventados para as dificuldades de expansão do PSF para as grandes cidades reside no modo atual de financiamento das atividades de atenção básica e no modelo de incentivo financeiro ao programa, instituído pelo Governo federal. Nas grandes concentrações urbanas, onde se faz necessário implantar maior número de equipes do PSF, os incentivos financeiros do SUS são insuficientes para contornar as deseconomias de escala e financiar a demanda secundária de serviços de saúde de média e alta complexidades, derivados da canalização da demanda propiciada pelo PSF, e também dos requisitos de investimento associados à capacitação e gestão de sistemas mais complexos.

Os gestores municipais alegam ser impossível gerar o volume de recursos próprios necessário ao cumprimento das metas indicadas para o programa. Além de inadequada e insuficiente para municípios de maior porte, a lógica de incentivo hoje vigente no Governo federal tende a agravar a duplicidade de gastos entre a nova rede e os serviços tradicionais. Aliam-se a isto as dificuldades para se estabelecer mecanismos mais efetivos de gestão, regulação, avaliação e negociação com os prestadores privados conveniados ao SUS e as pressões da demanda geradas pela ampliação da cobertura.

O artigo de Ruben Araujo de Mattos examina a questão dos incentivos financeiros ao PSF, demonstrando as limitações dos critérios atuais de repasse federal aos municípios para o enfrentamento da questão do financiamento ao PSF nas grandes cidades. Propõe alternativas mais adequadas à implan-

tação e desenvolvimento do programa em áreas de maior concentração populacional.

Além da abordagem temática, muitas questões gerais poderiam ser trazidas à discussão. Entre elas, a rigidez imposta pela desigual oferta de serviços face a uma política de incentivos centrada no gasto corrente (Viacava e Bahia, 2002)¹³; a ausência de parâmetros confiáveis para se avaliar o impacto da integração efetiva entre os vários níveis de complexidade e custo (Magalhães, 2002)¹⁴; e, principalmente, as dificuldades de flexibilização das diretrizes e características do próprio PSF, tendo em vista a multiplicidade de soluções aventadas no nível municipal para o enfrentamento dos problemas relativos à saúde nas metrópoles brasileiras.

É necessário observar que o conjunto de questões assinaladas nos artigos escolhidos para esta publicação não é, por si só, capaz de sintetizar os desafios postos à prática do PSF no espaço ampliado de intervenção da política de saúde nas grandes cidades. Assim, sua apresentação ao debate deve ser entendida como uma convocação à reflexão e a mobilização político-profissional em torno ao tema.

- 1 Doutora em Saúde Coletiva e pesquisadora do Instituto de Medicina Social da UERJ, médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto.
- 2 Livre-docente pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, professora titular do Instituto de Medicina Social da UERJ.
- 3 SAHEL, C. Direitos da Cidade. In: *A tolerância*. Editions Autrement: Paris, 1991, p. 131 (Série Éticas).
- 4 DAIN, S. et al. *A reestruturação do modelo assistencial de saúde em grandes cidades: padrões de custo e formas de financiamento*. IMS/UERJ: Rio de Janeiro, maio de 2002 (mimeo).

Coordenação Técnico-científica: Sulamis Dain (coordenadora); Cesar Favoreto (coordenador adjunto); Laura Tavares Soares e Rosângela Caetano.

Secretaria Executiva: Maria Eneida de Almeida.

Pesquisadores e consultores: Estela Campos, Fabricio Oliveira, Fátima Scarparo Cunha, Francisco Viacava, George Kornis, Lígia Bahia, Marcia Pinheiro, Maria Inês Martins, Maria Ruth de Souza, Maria Tereza Bustamante, Nilson do Rosário Costa, Paulo Borges, Roberto Magalhães, Ruben Mattos, Severina Alice Uchoa e Silvia Regina Rangel Santos. Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde (Secretaria de Investimentos em Saúde e Departamento de Atenção Básica), com recursos de doação do governo japonês, como parte dos estudos preparatórios ao empréstimo do Banco Mundial aos municípios brasileiros de mais de 100 mil habitantes, para a reestruturação de seu modelo assistencial. As editoras agradecem a Asa Cristina Laurell, Francisco Campos, Raphael Aguiar e Veneza de Oliveira, por sua participação nesta edição.

- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família* – uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 6 Isso porque a Unidade Básica de Saúde da Família trabalha com base nos seguintes princípios: (1) caráter substitutivo, isto é, o PSF não significa criação de novas unidades

- de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas; (2) integralidade e hierarquização, com a Unidade de Saúde da Família estando inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica; e (3) territorialização e cadastramento da clientela, com a Unidade de Saúde da Família trabalhando com território de abrangência definido e sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a essa área.
- 7 MARICATO, E. *Brasil cidades: alternativas para a crise urbana*. Petrópolis: Vozes, 2001.
 - 8 BRASIL. *Carta-consulta à Comissão de Financiamentos Externos – COFIE*. Brasília: Ministério da Saúde, abril 2001.
 - 9 OLIVEIRA, F. Programa de Saúde da Família: implicações do programa de conversão para as contas públicas. In: *A reestruturação do modelo assistencial de saúde em grandes cidades*, op. cit., janeiro de 2001.
 - 10 DAIN, S; FAVORETO, C; SANTOS, S. *Elaboração da agenda para a reestruturação do modelo assistencial de saúde em grandes cidades*. Relatório de Pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, abril de 2001.
 - 11 CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos de Saúde da Família*, ano I, n. 1, p. 10-15, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
 - 12 MACHADO, M. H. (coord.). *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
 - 13 VIACAVAL, F.; BAHIA, L. Análise da produção e cobertura dos serviços de saúde de cidades selecionadas. In: *A reestruturação do modelo assistencial de saúde em grandes cidades*, op. cit., Relatório de Pesquisa, janeiro de 2002.
 - 14 MAGALHÃES, R. Procedimentos Básicos, de média e Alta complexidades. Referenciais de programação. In: *A reestruturação do modelo assistencial de saúde em grandes cidades*, op. cit., Relatório de Pesquisa, maio de 2002.

ABSTRACT

The Family Health Program and restructuring of basic health care in large Brazilian cities: old problems, new challenges

This article presents research results on implementation of the Family Health Program (PSF) in large cities of Brazil. It discusses some of the specific difficulties in restructuring the health care model in large cities and in the adoption of the Program. It thus serves as an introduction to the theme of this edition of *Physis*, analyzed in detail in the subsequent articles. The Brazilian Ministry of Health chose the Family Health Program as its strategy for transforming prevailing health care models. Almost ten years after the Program was launched, there is a great heterogeneity in its implementation around the country, with minimum coverage in large municipalities, especially in the State capitals. Expansion of the PSF to the large cities is a condition both for attaining higher population coverage and for the Program to actually become a key element in transforming the country's health care model.

Keywords: Public policy; health in large cities; health policy; Family Health Program (PSF)

Recebido em: 21/06/02

Approved em: 26/06/02