



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

de Sousa, Maria Fátima; Merchán-Hamann, Edgar
Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde?
Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, 2009, pp. 711-729
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838224009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re²alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde?*

I ¹Maria Fátima de Sousa, ²Edgar Merchán-Hamann I

Resumo: Visa-se a analisar a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), no que se refere ao acesso aos serviços básicos de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O estudo foi realizado nos 12 municípios pioneiros de sua implantação (1994), e a análise foi norteada pela hermenêutica dialética utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram realizadas entrevistas junto a gestores (federais, estaduais e municipais), bem como grupos focais com usuários e membros das equipes. Abordaram-se as dimensões política (motivações dos gestores), técnico-financeira (expansão da cobertura do PSF e governança) e simbólica (a percepção dos usuários sobre acesso). Quanto à motivação, enfatizou-se a possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. A expansão do PSF foi concebida como uma proposta de universalização e não de focalização; foram implementados processos de organização e institucionalização. Contudo, houve flutuação e hesitação nos apoios político, técnico e científico ao PSF, bem como na estratégia de desenvolvimento de pessoal. Quanto aos incentivos financeiros para sua expansão, os discursos dos gestores federais contradizem os dos gestores municipais quanto ao volume e prioridades de recursos para os investimentos nessa estratégia. A percepção dos usuários permanece permeada por visões funcionalistas centralizadas na doença. Nas conclusões, analisam-se as dificuldades em manter a estratégia como política de Estado que contribui à redução das iniquidades em saúde; enfatiza-se a necessidade de corrigir assimetrias no financiamento e ampliar as parcerias na implantação dos polos de formação, capacitação e educação permanente.

¹ Professora Doutora na Faculdade de Saúde da UnB, Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP). Endereço eletrônico: fatimasousa@unb.br.

² Professor Doutor no Departamento de Saúde Coletiva da UnB, Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP). Endereço eletrônico: hamann@unb.br.

Recebido em: 14/10/2008.
Aprovado em: 19/06/2009.

► **Palavras-chave:** desigualdade; acesso; serviços básicos de saúde; Saúde da Família.

Introdução

Em países como o Brasil, questões básicas como a igualdade dos cidadãos diante da lei e a necessidade de incluir os excluídos na comunidade de direitos seguem pendentes, na medida em que o país continua enfrentando, simultaneamente, antigos e novos desafios que se apresentam no desenvolvimento da cidadania. Estas contradições são responsáveis por distintos graus de desenvolvimento desses direitos. As diferenças se dão, nos dizeres de Fleury (1994), tanto no tempo quanto no conteúdo e extensão, envolvendo um processo contínuo de redefinição da concepção de cidadania.

Da mesma forma, os direitos envolvidos na noção de cidadania são de natureza muito distinta, alguns deles implicando restrições à ação do Estado, como no caso dos direitos civis, enquanto outros requerem uma intervenção do mesmo, como os direitos sociais. Segundo Bobbio (1993), todo e qualquer direito, seja de um povo ou de um indivíduo, só se afirma através de uma disposição ininterrupta para a luta. Para ele, que adota uma posição firme contra a ideia dos direitos naturais, os direitos nascem quando devem e podem nascer. São direitos históricos, que surgem em circunstâncias determinadas, relacionadas com a defesa de novas liberdades.

Lembra-nos Arendt (1993) que a igualdade requerida na esfera pública é politicamente construída, já que na natureza humana o que encontramos é a diferença. A cidadania, hipótese jurídica igualitária inscrita como possibilidade na natureza do Estado moderno, foi a mediação mais importante na reconstituição da totalidade (comunidade) necessária à integração social. Tal mediação torna-se clara quando os cidadãos têm a consciência do interesse público, materializando a emergência de uma esfera social que Habermas (1984) denominou de repolitizada, ou Estado Social. Tal forma de Estado, conforme esse autor, é capaz de aumentar seus gastos de forma sustentável no enfrentamento e/ou superação das mais diferentes manifestações das desigualdades sociais.

No Brasil, mesmo que o gasto social venha aumentando progressivamente desde a década de 1990, refletido na melhoria dos indicadores de saúde e educação, as políticas redistributivas estão muito aquém dos déficits acumulados. Este paradoxo faz com que o país esteja diante dos desafios contemporâneos de construir um Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto uma política de Estado democrático de direito, garantido pelo acesso universal, igualitário, integral, descentralizado e participativo aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, o país

deve, em um movimento contra-hegemônico, se opor à tendência de uma Sociedade-Estado de cunho neoliberal.

Vários têm sido os autores, a exemplo de Sérgio Arouca (1988), que vêm mencionando a necessidade de realizar a “Reforma da Reforma”, com destaque para a importância da construção de um novo modelo que substitua as práticas de saúde até então vigentes. Tais práticas, voltadas para ações curativas, isolavam o indivíduo do seu contexto familiar e dos seus valores socioculturais, fragmentando-o e tratando-o apenas sob o ponto de vista da doença.

Assim, o Ministério da Saúde editou as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde em 1991, 1993, 1996 e, em 2001/2002, a Norma Operativa da Assistência à Saúde (NOAS). Em 2006, editou o Pacto Pela Vida e de Gestão¹ e, com essas iniciativas, o governo federal empreendeu, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, diversas ações no sentido de reorganizar a prática assistencial no país, alcançando uma série de avanços, como por exemplo, a eliminação da poliomielite, a mudança no perfil epidemiológico da morbi-mortalidade, no sentido de uma transição epidemiológica incompleta, e o fortalecimento do SUS.

Estes avanços estão presentes nos 5.564 municípios brasileiros que recebem o Piso da Atenção Básica (PAB) Fundo a Fundo, segundo Portaria/GM 2023-2004. Desses municípios, 662 se encontram habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, recebendo, além do PAB, os recursos referentes ao custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Vale destacar que, do total de municípios, 72% (quase quatro mil) têm menos de 20.000 habitantes.

A ampliação da rede de serviços, segundo dados do Ministério da Saúde, compõe o elenco destes avanços. São 5.864 unidades hospitalares, com um total de 375.114 leitos cadastrados no SUS, responsáveis por mais de 940 mil internações por mês, perfazendo mais de 11 milhões de Autorizações de Internações Hospitalares/ano. As unidades ambulatoriais, no total de 63.662, geram 1,2 bilhões de procedimentos de Atenção Básica (entre ações de enfermagem, ações médicas básicas, ações básicas em Odontologia e procedimentos básicos em vigilância sanitária), 726 milhões de procedimentos especializados (sendo 315 milhões de exames laboratoriais/ano, 9,8 milhões de exames de ultra-sonografia, 47 milhões de sessões de fisioterapia, dentre outros) e 323 milhões de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (entre tomografias, exames hemodinâmicos, ressonância magnética, sessões de hemodiálise, de quimioterapia e radioterapia), segundo dados

registrados no SIA/SUS em 2006. Na assistência hospitalar, destaca-se a realização de 2,4 milhões de partos, de 117 mil cirurgias cardíacas, de 76,8 mil cirurgias oncológicas, de 78,8 mil cirurgias de varizes e de 40,4 mil transplantes de órgãos (dados registrados no SIH/SUS em 2006).

De acordo com Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003, realizada pelo IBGE, 24,5% da população brasileira possui cobertura de plano de saúde, podendo-se inferir que 75,4% utilizam, majoritariamente, o SUS. Entretanto, se for considerado que este sistema é responsável pela vigilância de produtos e serviços, e ainda pela vigilância epidemiológica, pode-se inferir que 100% dos brasileiros são atendidos, direta ou indiretamente, por este sistema (atenção à saúde). Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente por seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica.

Mesmo com todas as conquistas alcançadas com a institucionalização da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o Brasil continua devedor de um modelo de atenção à saúde integral e familiar que, de fato, siga as conquistas de ordem política, jurídica e institucional, e que, com isso, corrija as injustiças e desigualdades ainda presentes. E um indicador da persistente desigualdade qualitativa e quantitativa do desenvolvimento no Brasil pode ser encontrado no processo de transição epidemiológica diferenciada que vem se dando no Brasil e suas regiões, segundo demonstra Prata (1992).

Essas iniquidades são historicamente vistas no que foi denominado “acúmulo epidemiológico” (MENDES, 1996), representado pelo complexo mosaico: acúmulo das velhas (dengue e cólera) e novas doenças (Aids), aumento da população, concentrada em idades acima de 65 anos, crescimento nas cidades, sobretudo das capitais e regiões metropolitanas, da violência nas suas mais diferentes matizes, além dos focos de resistência às doenças infectocontagiosas. Dito de outra forma, é necessário enfrentarmos a construção de um modelo de atenção à saúde em novos paradigmas, uma vez que as barreiras que bloqueiam a eficácia desses avanços parecem intransponíveis, fortalecidas pela forma de organização da assistência médica hospitalar e ambulatorial vigente no país, constituída por uma grande quantidade de unidades de saúde, organizadas por vários programas pontuais de controle de doenças e de assistência a grupos populacionais específicos.

Embora se tenha incentivado a mudança do modelo assistencial, e mesmo que se tenham investido recursos consideráveis em vários programas voltados para a mudança do modelo assistencial, até hoje, diante de qualquer sinal de desconforto - dor, gripe, febre, outra queixa qualquer - grande parte da população se vê na obrigação de enfrentar filas enormes em hospital, porque “culturalmente” foi colocado no imaginário dessas pessoas que só, e somente só, no hospital podem ser encontrados, o tempo inteiro, o médico, o exame complementar ao diagnóstico e o medicamento de que se necessita para o tratamento.

É sabido que nem sempre essa suposição se confirma. Há inúmeros relatos de situações em que não estão presentes no hospital, simultaneamente, os três elementos nucleares da assistência que carregam consigo uma extensa e complexa cadeia de recursos humanos, materiais e financeiros, em prol da recuperação do equilíbrio físico e mental do indivíduo. Mas esta é a peça-chave do grande quebra-cabeça. Enquanto esse conjunto de recursos não estiver disponível ao público em local apropriado do sistema, os hospitais continuarão abarrotados de demandas e queixas, adequadas ou não, acrescentando gastos desnecessários na maior parte dos casos. É preciso compreender e aprofundar a leitura das estreitas relações que existem entre as diversas dimensões da transição de um modelo “clássico” de doença para a construção de um “novo modelo de atenção à saúde integral e familiar”. Por isso, neste artigo, tratamos de uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) nos 12 municípios pioneiros *sob três dimensões: política, técnico-financeira e simbólica*.

Métodos

O presente estudo fundamenta-se no contexto das ciências sociais, no método da hermenêutica-dialética, sendo uma pesquisa de natureza qualitativa. Os métodos e técnicas consistiram em coletar, analisar, compreender e interpretar os Discursos dos Sujeitos Coletivos (DSC) entre os gestores do SUS, com foco nos 12 municípios pioneiros da implantação do PSF: Bragança (PA); Campina Grande (PB); Neópolis (SE); Quixadá (CE); Goiânia e Planaltina (GO); Juiz de Fora e Além Paraíba (MG); Niterói (RJ); Curitiba (PR); Joinville e Criciúma (SC).

Como instrumentos de coleta do material discursivo, foram utilizados roteiros de entrevistas individuais e de grupos focais. A coleta de dados no campo foi realizada entre 2005 e 2006. Foram entrevistados os sujeitos estratégicos envolvidos

na formulação e implantação do PSF. No âmbito nacional, foram entrevistados nove gestores, incluindo Presidentes da República, ministros da Saúde, secretários de Atenção à Saúde e coordenadores do Departamento de Atenção Básica. No nível estadual, foram entrevistadas 16 pessoas, correspondendo aos secretários estaduais de Saúde e coordenadores da Atenção Básica. Nos municípios foram entrevistados 12 secretários municipais de Saúde e os respectivos coordenadores municipais da Atenção Básica. As entrevistas foram realizadas segundo conveniência das agendas dos participantes e tiveram duração média de duas horas. Além disso, foram realizados grupos focais junto aos profissionais das equipes do PSF, escolhidos segundo o critério de inserção no PSF desde a origem de sua implantação e/ou atuando nos últimos 12 meses. Em média, participaram de 10 a 15 indivíduos em cada grupo, e a duração dos mesmos variou sendo, em média, duas horas e meia.

Quanto aos usuários do PSF, foram entrevistados 72 usuários nos 12 municípios, sendo realizada abordagem casual no momento de suas idas às 24 unidades básicas de saúde para consultas ou por outros motivos. A média de duração das entrevistas com usuários foi de 30 minutos.

À exceção das situações excepcionais (coincidência das atividades de pesquisa com ações programadas conforme agendas internas dos municípios), todas contornáveis, a coleta de dados transcorreu sem maiores problemas. Apenas no segmento dos usuários foram registradas dificuldades na obtenção de informações, decorrentes da timidez dos entrevistados diante do gravador.

Os discursos foram organizados e analisados a partir da técnica de DSC de Lefèvre e Lefèvre (2005). A análise das ideias centrais e ancoragens formaram os DSCs organizados em categorias explicativas, sob três dimensões: política, técnico-financeira e simbólica. A política consistiu nas motivações dos gestores para a implantação do PSF. A técnico-financeira incluiu dois aspectos: a expansão da cobertura do PSF e sua governança. Para efeitos desta pesquisa, foram definidos como elementos de governança: (i) a institucionalização do PSF; (ii) a base de apoio político, técnico e científico; (iii) incentivos financeiros para expansão dessa estratégia; e (iv) desenvolvimento de pessoal envolvido no PSF. A terceira dimensão, simbólica, aborda a percepção do acesso aos serviços básicos de saúde por parte dos usuários.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília. Os informantes assinaram seu

consentimento após terem recebido informações sobre o projeto. Suas identidades e relatos foram mantidos em sigilo.

Resultados

Dimensão política: motivações para implantação da Saúde da Família

O gestor nacional apresentou sua motivação na implantação do PSF, quanto ao desejo de essa estratégia contribuir para a organização do SUS e reordenamento do sistema; os estaduais, na mudança do modelo assistencial; e os municipais, na organização da Atenção Básica, como se verifica em vários trechos do conjunto de suas falas:

[...] Considerava que o potencial que esta estratégia apresenta para reordenar a atenção básica, ampliando o acesso e qualificando a atenção neste nível. [...] Vejo no PSF a possibilidade de organizar o SUS e reordenar o sistema (GESTORES NACIONAIS).

[...] Mudar o modelo de atenção à saúde, ampliar cobertura, acessibilidade aos serviços de saúde. [...] com objetivos de reorganizar atenção primária (SECRETÁRIOS DE ESTADO).

[...] O PSF foi adotado para enfrentar o problema de difícil acesso aos serviços básicos de saúde para um grande número de localidades na zona rural, [...] e principalmente para dar uma nova cara na organização dos serviços primários de saúde (SECRETÁRIOS MUNICIPAIS).

Torna-se evidente que as motivações desses sujeitos que têm responsabilidade e competências diferenciadas nas intervenções em saúde levaram em consideração a possibilidade de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde.

Dimensão técnico-financeira - expansão da cobertura do PSF

Os depoimentos que seguem foram construídos com as falas de Presidentes da República, ministros, secretários de Assistência à Saúde e coordenadores nacionais do PSF (1994 a 2006). Para eles, essa estratégia vem sendo adotada no país como uma política universal, balizada pelo princípio da equidade.

[...] Eu entendo o PSF como uma política universal para toda a atenção básica, com o objetivo de promover uma política universal a todas as populações, respeitando as peculiaridades de cada região e cidade (GESTORES NACIONAIS).

Como se pode verificar no conjunto das ideias centrais dos entrevistados, o PSF foi concebido, desde sua origem, para cuidar da saúde das famílias, como uma proposta de universalização e não de focalização. O perfil epidemiológico no país à época determinava, no entanto, uma grande demanda na atenção materna e infantil.

A pesquisa aponta desde a origem da indução, pelo Ministério da Saúde, à implantação dessa estratégia, à baixa adesão em cidades de grande porte. Apesar dessa situação, 5.100 municípios brasileiros vêm implantando suas equipes. Hoje essas cidades contam com 26.259 equipes do PSF, dando a oportunidade a 84,2 milhões de pessoas de terem a assistência à saúde o mais próximo possível dos seus lugares de moradia. No entanto, essa cobertura ainda expressa a distribuição desigual dessas equipes entre estados e regiões do país.

Dimensão técnico-financeira - governança institucional do PSF

Quanto ao primeiro aspecto da governança, a institucionalização do PSF, foram destacados os discursos dos gestores nacionais, por terem a competência constitucional de induzir essa estratégia política. Assim, afirmam:

Eu institucionalizei a direção da área criando o Departamento de Atenção Básica. Com ele foram incorporadas as ações de monitoramento e avaliação [...] penso que essa iniciativa vem criando a cultura das Secretarias Estaduais em acompanhar os resultados do PSF. (GESTORES NACIONAIS).

A criação do Departamento da Atenção Básica (DAB), formalizado na estrutura do Ministério da Saúde em fevereiro de 2000, e seu visível reconhecimento e legitimidade interno e externo a essa instituição, induzem a estruturação de espaços semelhantes em todas as Secretarias Estaduais de Saúde e nos 12 municípios pesquisados, de forma a responder ao desafio de institucionalização do PSF. No entanto, verificou-se que, mesmo existindo as coordenações (nos três níveis de governo) e estas exercendo papel estratégico importante na expansão das equipes do PSF, as mesmas apresentam fragilidades na capacidade gerencial de conduzir e induzir técnica e politicamente a consolidação de forma qualificada dessa agenda.

No tocante aos *apoios político, técnico e científico ao PSF*, destacam-se as seguintes falas:

[...] a Secretaria Municipal de Saúde, com seus coordenadores, Conselho Municipal de Saúde e, às vezes, profissionais das equipes do município, têm sido os grandes propulsores do PSF (GESTORES ESTADUAIS).

Vê-se que esses apoios se apresentaram de forma marcada pelas diferentes conjunturas e inter-relações de poderes. Observamos que, de 1994 a 1997, houve baixo capital de poder político e institucional do PSF, diferentemente dos anos que se seguem, quando o PACS/PSF transita e evolui progressivamente de programa para estratégia. Nesse momento o PSF se configura como política governamental orientadora da reorganização da Atenção Básica no país. Nessa condição, os apoios são ampliados de forma heterogênea. Isso implica inserção e percepção dos atores, técnicos e dirigentes vindos de diferentes realidades do país, e essas diferenças trazem riquezas, desafios e também conflitos, confirmando as formas diferenciadas de apoio, umas mais propulsoras, outras indiferentes, e muitas, ainda obstrutoras, influenciando assim os processos de expansão, com qualidade, do PSF.

No que diz respeito aos *incentivos financeiros para a expansão do PSF*, os discursos dos gestores federais contradizem os dos gestores municipais e estaduais na questão do volume e prioridades de recursos financeiros para os investimentos. Em síntese, afirmam:

[...] com recursos específicos, que foram posteriormente definidos no NOB 96. O PROESF, também, foi um sinalizador importante para estimular a ampliação da cobertura do PSF e qualificar a atenção básica. (GESTORES NACIONAIS).

[...] o município investiu em contratação de profissionais médicos e enfermeiros, aquisição de veículos para transporte dos profissionais e reestruturação, reforma e ampliação das unidades, bem como equipamentos, concurso público. (GESTORES MUNICIPAIS).

[...] o Estado garantiu recursos financeiros, fonte tesouro estadual para a expansão do PSF, coloquei no orçamento do Plano Plurianual - PPA. As modificações ocorreram com a implantação do PIDL (Plano Integrado do Desenvolvimento Local) nos 11 Municípios de menor IDH do Estado e Institucionalização do PROESF... A SES acrescentou um aporte financeiro para apoiar a contratação das ESF que se chamou QUALIS, de mesmo peso do PAB variável. (GESTORES ESTADUAIS).

No que se refere ao *desenvolvimento de pessoal envolvido no PSF*, verificou-se nos discursos a compreensão da necessidade de ampliar a rede de parceiros na

implantação dos polos de formação, capacitação e educação permanente, visando a assegurar a qualidade na implantação do PSF, conjugada a outras iniciativas, segundo aponta a fala:

[...] Dificuldade de educação permanente, pela alta rotatividade dos profissionais, grande número de pessoas a serem capacitadas, dificuldade de ausentarem-se do serviço para acompanharem os cursos pela demanda no atendimento. (GESTORES MUNICIPAIS).

Pelo exposto, a pesquisa observou que a ausência de uma política que enfoque os processos de formação, capacitação e educação permanente para as equipes do PSF dificulta sua consolidação municipal. Adiciona-se a baixa capacidade de articulação e/ou negociação da maioria dos 12 municípios junto aos representantes dos polos instituídos. Observou-se, ainda, que onde existe a parceria, esta é “formal”, evidenciando que as instituições formadoras de profissionais para o setor saúde em parte não estão preparadas para apoiar os municípios na construção de um novo modelo de atenção à saúde focado nos processos de trabalho com abordagem familiar e comunitária. Este “despreparo”, em maior ou menor grau, representa o círculo vicioso da desintegração histórica entre as instituições de ensino, serviços e comunidades marcadas há décadas, pelo modelo de formação nas ciências biomédicas.

Dimensão simbólica - percepção do acesso pelos usuários aos serviços básicos de saúde

O funcionamento das unidades básicas de saúde simboliza o acesso aos serviços básicos de saúde, segundo as falas dos entrevistados nos 12 municípios da implantação do PSF.

[...] eu sou hipertensa, então quando eu passo mal eu venho para cá tomar o remédio, e a doutora sempre me ajuda [...] eu tenho diabetes, venho aqui para consultar, para pegar a receita, que eu tomo insulina, e sou bem atendida por todos aqui do Posto. (USUÁRIOS).

Verificou-se, nas afirmativas, que a percepção do acesso aos serviços básicos de saúde resume-se à noção de doença e de suas formas medicamentosas de tratá-las, sendo a figura do médico sua maior referência.

Discussões

A pesquisa apresenta alguns limites, entre os quais a complexa responsabilidade de analisar e compreender o PSF, tomando como referenciais as ciências sociais e humanas, circunscrevendo esta estratégia no campo da saúde coletiva e nos valores, princípios e diretrizes do SUS; de ler 12 realidades diferentes e ao mesmo tempo tão semelhantes em suas necessidades, desejos de mudanças, e, sobretudo em desafios de consolidar o PSF em seus territórios. Destacamos ainda, o limite na realização das entrevistas com os usuários utilizando o método da abordagem casual por ocasião de suas idas às unidades básicas de saúde, não só em virtude da timidez, mas, pelo visível “receio” do uso que iríamos fazer de suas falas.

A seleção dos mencionados municípios, pelo critério de serem os pioneiros na implantação do PSF, também apresenta limitações quanto à representatividade. Ao tempo que proporciona uma amostra de experiências mais antigas e por tanto mais consolidadas, pode não representar a realidade de municípios cuja adesão à estratégia PSF foi posterior. Apesar dessas limitações, os resultados do estudo nos possibilitaram algumas discussões.

Nos aspectos das *motivações para implantação do PSF*, nos faz ver que a ideia de o PSF representar a possibilidade de organizar o SUS e reordenar o sistema, expressas na visão dos sujeitos da pesquisa, vem suscitando críticas desde a origem da implantação dessa estratégia. Autores diversos criticavam essas formulações. Paim (2002) manifestou-se quanto ao fato de as autoridades de saúde declararem que o PSF representaria o novo modelo assistencial do SUS. Para ele, isso indicava uma compreensão equivocada, pois uma situação de saúde tão heterogênea e complexa como a da população brasileira não se enquadraria num único modelo, por mais “novo” que fosse.

No sentido da heterogeneidade e complexidade, todos estavam de acordo, incluindo o consenso em torno da crise estrutural que atravessava o setor saúde, sobretudo na década de 90, mencionada por Mendes (1996). Em relação a essa crise, Levcovitz e Garrido (1996) são enfáticos quando dizem que num terreno de conflitos acirrados por discordâncias ideológicas, profissionais e até mesmo éticas, num ponto o consenso se estabelece, ao menos entre as pessoas de boa vontade: é preciso mudar nosso modelo de atenção à saúde. Nessa lógica, Viana e Dal Poz (1998) expressam que o PSF constitui um instrumento de mudança do modelo assistencial, porque aponta as fragilidades e limitações do modelo tradicional.

Em consonância, compreendemos que não há dicotomia entre os DSC político-técnicos (gestores nacionais), ao afirmarem ver no PSF a possibilidade de organização do SUS e reordenamento do sistema, uma vez que a construção do novo modelo assistencial é parte indissociável da consolidação e aprimoramento do SUS.

Na dimensão técnico-financeira, quanto à expansão da cobertura do PSF, o debate da focalização ou universalização esteve presente nos grupos focais realizados. Entretanto, compartilhamos da compreensão de autores como Viana e Dal Poz (1998), Cohn (1995) e Sousa (2001), quando veem na universalização o princípio ético básico, consistindo em garantir a todos os cidadãos os direitos sociais fundamentais, em quantidade e qualidade compatíveis com o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade, balizada pela construção de um novo modelo de desenvolvimento sustentado, que priorize o crescimento econômico com equidade social e no qual as políticas econômicas assumam também a dimensão de políticas sociais.

A universalização não é contrária ao estabelecimento de critérios de seletividade ou focalização, desde que esteja subordinada a uma política geral universalizadora. Assim, mesmo a seletividade pode ser utilizada como um instrumento de política social, mas não pode converter-se na política social, porque nesse caso estaria quebrando o princípio da universalização.

O PSF vem-se expandindo progressivamente (universalizando) nos municípios de todas as regiões do país. Verifica-se, entretanto, uma desigualdade de sua cobertura entre as regiões e nas cidades de grande porte, onde residem mais de 50% dos brasileiros. Essas desigualdades resultam das dificuldades já verificadas no PSF em municípios de pequeno e médio portes, que são potencialmente agravadas em grandes centros. Neles são considerados como fatores contribuintes para a não-expansão do programa, entre outros: (i) os altos níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde; (ii) os agravos de saúde característicos dos grandes centros; (iii) a oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída; (iv) a predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com as comunidades em seus territórios (SOUSA et al., 2000).

Vários autores assinalam a obtenção de boas práticas por parte das equipes do PSF, sobretudo nos municípios de pequeno porte (SOUSA, 2001; TEIXEIRA, 2003). Porém, estas se apresentam limitadas para a oferta de atenção integral face

à ausência de uma rede regionalmente integrada. Logo, não alteram substantivamente a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, predominando com isto o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, sustentadas no tripé do médico (consultas, apoio diagnóstico), equipamentos e medicamentos.

Situações diferenciadas de expansão aconteceram entre as diversas regiões, onde o Nordeste registrou os maiores incrementos em números de equipes priorizando os vazios assistenciais em áreas rurais e periferia de grandes cidades. Já no Sudeste, o Estado de Minas Gerais foi o que mais contribuiu com a ampliação das equipes, mas os critérios de implantação consideraram o perfil epidemiológico a exclusão socioeconômica e sanitária com a existência de uma rede física instalada. Verifica-se ainda uma grande disparidade entre as coberturas do PSF nas principais capitais do país, cidades que concentram o maior número de habitantes entre as demais - Manaus, Belém, Salvador, Fortaleza, Curitiba, Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo e Brasília-DF, que na época do estudo registravam baixas coberturas.

Na questão da *institucionalização do PSF*, as mudanças assumidas nos discursos dos gestores do SUS encontram sintonia com o que afirmam outros autores (HEIMANN; MENDONÇA, 2005; SOUSA, 2002; VIANA; DAL POZ, 1998), quando mencionam que o quadro de instabilidade institucional do PSF começa a indicar sinais de mudança a partir de 1996. Naquele ano, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) veio integrar a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) no Ministério da Saúde, iniciando assim as conquistas de espaços institucionais da equipe gestora do PACS/PSF. Nessa condição, foi constatado que, durante seus 13 anos de implantação, os profissionais envolvidos diretamente com a responsabilidade de conduzir e induzir esta agenda, em diferentes conjunturas - política, institucional e administrativa - tinham legitimidade perante as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seus órgãos colegiados e entidades de classe. Tal legitimidade assegurou, em âmbito nacional, um locus para ampliar o debate e a interlocução no sentido da construção da política nacional da atenção básica incluindo o PSE.

Nas discussões sobre a *base de apoio político, técnico-científico ao PSF*, em sua trajetória de implantação, apontam para formas diferenciadas, segundo concepções e interesses de “dirigentes” em diversas conjunturas. Logo, essas variações de tendências se fundamentam no campo político-ideológico do entendimento dos valores, princípios e méritos dessa estratégia enquanto uma política pública. Nesse

sentido, as vozes e forças para sua consolidação no cenário nacional não se apresentam de forma suprapartidária nem desprovida de “conflitos”, o que equivale a afirmar que sua construção não está sendo realizada por consenso. A natureza heterogênea das comunidades na base desses apoios vai ao encontro do que afirmam alguns autores como Goulart (2002), Sousa (2001) e Viana e Dal Poz (1998), reforçada nas falas dos entrevistados, onde retratam as variações dos apoios que circulam entre serem propulsores, indiferentes e/ou obstrutivos. O pensamento desses sujeitos, em certa medida, reflete a diversidade de pontos de vista encontrada na pesquisa e na literatura.

Na questão dos *incentivos financeira a expansão do PSF*, a maior parte dos municípios utiliza, para o custeio das ações e serviços ofertados pelas unidades básicas de Saúde da Família, todo o recurso do Piso de Atenção Básica (PAB), fixo e variável. Isto porque os recursos transferidos através do incentivo federal não são suficientes para manter as equipes do PSF. Ainda que as falas dos gestores de âmbito nacional e municipal sejam contraditórias, num país cujos municípios têm alto nível de desigualdade de renda e de recursos próprios, pode-se dizer que os incentivos federais cumprem papel importante na garantia da equidade do gasto do PSF. Quanto aos governos estaduais, faz-se necessário lembrar que suas falas nos remetem às tentativas, por parte de algumas secretarias estaduais de Saúde, de incentivar financeiramente os municípios que priorizam a Atenção Básica como eixo norteador dos processos organizativos das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

No entanto, é imperativo que os gestores do SUS enfrentem o desafio na definição de novos mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção do SUS. Concordamos com Sobrinho et al. (2002), que afirmam que a alocação dos recursos deve ter primazia para a expansão nos investimentos no PSF. Nessa perspectiva, as esferas de governo devem estabelecer pactos de corresponsabilidade no financiamento da Atenção Básica, provendo o direito à saúde de forma responsável e solidária. Com isto, essa estratégia deve contar com financiamento específico, proveniente da responsabilidade constitucional, também do governo estadual, de forma a diminuir os desequilíbrios no financiamento nesse nível de atenção, em particular, e no SUS, em geral. Nessa direção, pode-se interpretar nos discursos dos sujeitos coletivos (gestores nacionais, estaduais e

municipais), principalmente nas ideias centrais da última fala descrita: a desigualdade no financiamento da Atenção Básica vem comprometendo a universalização da implantação do PSF.

Na análise do *desenvolvimento de pessoal envolvido no PSF*, destaca-se a discussão sobre o fortalecimento da rede dos polos, desenhada em 1998, como iniciativa de articular instituições de ensino superior na corresponsabilidade no enfrentamento das situações-problema registradas nas falas dos entrevistados. Na época, foram apresentados 21 projetos que, ao serem analisados, resultaram em aprovação de dez como polos, seis como projetos de capacitação e cinco como projetos de cursos instalados. Os projetos que não se caracterizaram como polos e sim como centros de capacitação e cursos introdutórios, desempenharam importante papel na preparação de recursos humanos para o PSF, cuja agenda foi construída a curto, médio e longo prazos, considerando os seguintes compromissos: (a) oferta de cursos de atualização para os membros das ESF; (b) acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes nas UBSF; (c) implantação de programas de educação permanente destinados às ESF; (d) implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação *lato sensu*, iniciativa esta destinada a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação.

A complexidade desses compromissos sinalizava para a necessidade de ampliação da rede de instituições parceiras envolvidas com os polos. Para tanto, em 1998, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) lançou um novo edital, estimulando que cada unidade da Federação tomasse para si a responsabilidade de fortalecer a rede Polo no Estado e no conjunto de suas regiões/municípios.

É possível verificar, nos discursos dos gestores estaduais, a compreensão da necessidade de ampliar a rede de parceiros na implantação dos polos como forma de assegurar a expansão e qualificação do PSF, conjugada a outras iniciativas. Nesse sentido, compartilhamos das questões levantadas por Paim (2002, p. 146; 1995, p. 256): “os Polos não merecem limitar-se a quistos de universidades, enquanto vitrines de mudanças virtuais”. Acrescenta o mesmo autor: “uma universidade e uma faculdade de medicina não são uma planta industrial capaz de alterar rápida e impunemente suas linhas de montagem” (2002, p. 145). A rede foi posteriormente interrompida por conflitos de interesse e arranjos decisórios conjunturais. Pode-se depreender das falas dos sujeitos e do autor que a agenda dos polos continua sendo uma questão a ser enfrentada como política de Estado capaz de levar adiante

mudanças em curso na formação, sobretudo dos profissionais da medicina. E mais, quando as instituições de ensino são convocadas, não medem esforços no sentido de envidar energias, crenças e esperanças na construção de outro modelo de atenção à saúde das famílias.

Na dimensão simbólica, é possível verificar as percepções *dos usuários* quanto ao acesso aos serviços básicos de saúde, por meio das ideias centrais dos seus discursos, sobretudo naquilo que eles consideram ser bem atendido e poder contar com os remédios para os tratamentos de suas enfermidades. A prática limitante das ações medicamentosas limita a compreensão do acesso, visto apenas como a entrada nos serviços básicos de saúde. Na visão de Donabedian (2003), o acesso é a oferta de serviços relativa à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Logo, distingue-se a relação entre o funcionamento das unidades e o efetivo acesso às ações e serviços de saúde. Em concordância com autora, o funcionamento das unidades básicas de saúde é visto, nesta pesquisa, como parte do processo organizativo técnico-assistencial.

O acesso é tratado como a relação estabelecida entre os sujeitos (demanda), as equipes do PSF (oferta) e tecnologias leves, mediada por um exercício de práticas gerenciais e sanitárias “supostamente” democráticas e participativas. O conceito de acesso deixa de ser apenas um primeiro contato, “porta de entrada” do sistema, e passa a ser o vínculo de corresponsabilidade nos processos do cuidar da saúde-doença-morte entre os sujeitos em relações. Partindo desse entendimento, acrescentamos a necessidade de desconstruir e/ou reconstruir uma cultura de saúde afastada da cultura da doença, em direção à consciência sanitária no que se refere aos direitos individuais e coletivos de uma sociedade, no sentido apontado por Berlinguer (1989), quando analisa o acesso aos bens e serviços essenciais de saúde.

Por fim, no que se refere à questão “Saúde da Família no Brasil é uma estratégia de superação da desigualdade na saúde?”, afirma-se que o PSF, isoladamente, não responde a essa responsabilidade social, uma vez que esta questão extrapola o âmbito das políticas públicas universais. A saúde em si mesma não resolve as desigualdades, como demonstram as brechas existentes, ainda que pequenas, em países democráticos que enfrentam seriamente a questão social e/ou em Estados que adotam políticas de bem-estar social, a exemplo da Inglaterra, Suécia, Noruega, Canadá, entre outros.

Portanto, no caso brasileiro, contamos com o SUS, uma política de proteção social que, apesar dos seus avanços, continua incompleto, frágil e com baixa

capacidade de afetar positiva e significativamente os indicadores de desigualdade social e de saúde. Com isso, os discursos apresentados assinalam que, na visão dos gestores, o PSF é uma estratégia política com um potencial de contribuir para a diminuição das iniquidades na Atenção Básica, ampliando o acesso nesse nível da atenção, mas não supera as desigualdades na saúde, porque *esta é uma das questões amplas e complexas* que exigem alterar os fatores determinantes políticos, socioculturais, econômicos e ambientais.

Referências

- ARENDT, H. *A condição humana*. São Paulo: Forense Universitária, 1993.
- AROUCA, S. Implementação da Reforma Sanitária através do SUDS. *Saúde em Debate*. CEBES, n. 22, p. 49 - 54, out. 1988.
- BERLINGUER, G. As Tarefas das Unidades Locais de Saúde. *Saúde em Debate*, CEBES, n. 25, p. 69-79, jun., 1989.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1993.
- COHN, A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, v. 1, n. 12, p. 12, jun-dez 1995.
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, 2003.
- FLEURY, S. *Estados sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- GOULART, F. A. *Experiências em saúde da família: cada caso um caso?* Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- HABERMAS, J. *Mudança Estrutural na Esfera Pública*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.
- LEFEVRE, F.; LÉFÈVRE, A. *Depoimentos e discursos*. Brasília: Liberlivro, 2005.
- LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neyde G. Saúde da Família: procura de um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 3-8, jan-jun 1996.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- PAIM, J. S. Formação médica e políticas de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 23., Porto Alegre, 1995, p. 247-261.

PAIM, J. S. Saúde da Família. In: _____. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Espaço de reflexão e de práticas contra hegemônicas? Salvador: CEPS/ISC, 2002. p. 363.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 168-175, 1992.

SOBRINHO, E. J. A. et al. O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte! In: SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 247-68.

SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. *A cor-agem do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUSA, M. F. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. Brasil. *Divulgação em saúde para debate*, v. 21, p. 7-14, 2000.

SOUSA, M. F. *Programa Saúde da Família no Brasil*: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set-dez. 2003.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166).

Notas

* Artigo baseado na tese de doutorado defendida em maio de 2007, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, de autoria de Maria Fátima de Sousa, intitulada Programa de Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde.

¹ O Pacto pela Vida e de Gestão foi instituído pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e suas Diretrizes Operacionais foram regulamentadas pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

Abstract

Family Health in Brazil: a strategy to overcome inequality in health?

The aim is to examine the implementation of the Family Health Program (FHP), as regards access to basic health services under the Unified Health System. The study was conducted in 12 pioneer municipalities that implemented the program (1994), and analysis was guided by dialectic hermeneutic using the technique of the Collective Subject Discourse. Interviews were conducted with managers (federal, state and municipal), as well as focus groups with users and team members. The political (motivation of managers), technical and financial (expansion of coverage of the PSF and governance) and symbolic (the users' perception on access) dimensions were addressed. Regarding motivation, the possibility of reducing inequalities in access to health services was emphasized. The expansion of the PSF was conceived as a plan for universalization rather than focalization; processes of organization and institutionalization were implemented. However, there were oscillations and hesitation on the political, scientific and technical support to PSF, and also on the permanent education strategies. The financial incentives for its expansion, the speeches of the federal managers contradict those of city managers on the volume of resources and priorities for investment in this strategy. The perception of users is still permeated by functionalist views centered on the disease. As conclusion, we analyze the difficulties in maintaining the strategy and state policy which helps reduce health inequities; we emphasize the need to correct disparities in funding and expanding partnerships in the implementation of the poles of training, training and continuing education.

► **Key words:** health inequality; access; primary health services; family health.