



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Schilling Mendonça, Claunara
Saúde da Família, agora mais do que nunca!
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, septiembre-octubre, 2009, pp. 1493-1497
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011684019>

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

redalyc.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, agora mais do que nunca! *

Family Health, more than never!

Claunara Schilling Mendonça¹

Abstract *The implementation of Primary Health Care as a strategy for organizing health care is undoubtedly important. There are already sufficient evidences that countries whose health systems are organized from the principles of Primary Care achieve better results on health with lower costs, higher level of user satisfaction and greater equity even in situations of great social inequity such as in Brazil. Strengthening Primary Care in Brazil has been a gradual process, showed with the expansion of the coverage of Family Health teams in all states of the federation, nowadays we have 29,148 of family health teams, 228,412 community health workers and 17,588 oral health teams working throughout the country. There are multiple studies on Family Health Strategy showing positive results that let no doubt about the success of this strategy. Despite all the advances, challenges were placed ahead, the most important are: the challenge of training and permanent education, the challenge of consolidating the PHC as system's coordinator and the challenge of communicating with society. We are on track, meet the challenges mentioned is an obligation of Brazilian society in the maintenance of greater social inclusion's policy, which is the Unified Health System driven by the primary care/Family Health Strategy.*

Key words *Primary Health Care, Family Health Strategy, Unified Health System*

Resumo *A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável. Já existem evidências suficientes que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde com menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social, como é o caso do Brasil. O fortalecimento da atenção primária no Brasil tem sido um processo gradativo, traduzido no aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família em todos os estados da federação, sendo que hoje temos 29.678 equipes de saúde da família, 229.572 agentes comunitários e 18.220 equipes de saúde bucal atuando em todo o país. Os resultados positivos nas avaliações da Saúde da Família são múltiplos e não deixam dúvida do sucesso da estratégia. Apesar de todos os avanços, alguns desafios estão postos para o futuro; entre eles, destacam-se o desafio da formação e educação permanente, o desafio de consolidar a atenção primária à saúde (APS) como ordenadora do sistema e o desafio da comunicação com a sociedade. Estamos no caminho certo, vencer os desafios apontados é obrigação da sociedade brasileira na manutenção de sua maior política de inclusão social, que é o Sistema Único de Saúde orientado pela atenção primária/Saúde da Família.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Sistema Único de Saúde*

* Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde de 2008, "Primary Health Care, now more than ever".

¹ Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 655. 70058-900 Brasília DF. clounara@saude.gov.br

2008, ano marcado por celebrações. No mundo, os trinta anos de Alma-Ata, no Brasil, outros dois grandes e importantes aniversários: os vinte anos do Sistema Único de Saúde e os quinze da política brasileira de atenção primária – a Saúde da Família.

Quando inicia o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, o Ministério da Saúde reconhecia experiências exitosas que já vinham acontecendo nos municípios brasileiros, em alguns casos antes mesmo da própria criação do SUS.

Em dezembro de 1993, decide-se pela criação do Programa de Saúde da Família, também baseado em experiências municipais e, por ser uma nova forma de abordar a atenção primária em saúde no Brasil, começou lentamente a ser implantado nos municípios brasileiros, notadamente em algumas áreas do nordeste e municípios menores no interior do Brasil. O Ministério da Saúde estimula e fomenta, com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998, recursos perenes de forma *per capita*, a todos os municípios brasileiros, bem como garante recursos específicos para o Programa de Saúde da Família e dos agentes comunitários de saúde. O PAB altera a modalidade em vigor no SUS de pagamento mediante produção de serviços, representando uma importante inovação no modelo de financiamento da saúde, pois inicia o repasse, pela primeira vez no país, de recursos federais de forma mais equitativa, a todos os municípios brasileiros. A criação do PAB variável da Saúde da Família acelerou o ritmo de expansão, com a adesão de muitos municípios a esta estratégia, e permitiu o acesso de centenas de brasileiros aos serviços de saúde.

A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável. Já existem evidências suficientes que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social, como é o caso do Brasil.

A APS brasileira está definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, destinadas a populações de territórios geograficamente delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas populações. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, se orienta pelos

princípios da universalidade, acessibilidade e ordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social¹.

Esse conceito evidencia que estamos construindo, no sistema de saúde brasileiro, uma atenção primária à saúde integral, ampla e abrangente, e não a APS seletiva, de pacotes básicos para pobres.

É importante lembrar que os anos noventa, quando se inclui milhões de brasileiros no sistema de saúde, optamos por um processo incremental de descentralização e municipalização, enquanto o mundo vivia o momento de liberalização econômica, com o Consenso de Washington, cujos pilares o ano de 2008 também, de forma emblemática, tem demonstrado suas fraturas.

Desde Alma-Ata, a atenção primária em seu conceito de orientadora dos sistemas de saúde, principalmente os de caráter universal, foi implementada nos países ricos como Inglaterra, Espanha, Suécia, Holanda, Canadá, Nova Zelândia, entre outros, enquanto a experiência dos países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, foi de um modelo seletivo, de uma atenção para pobres.

Temos claro no Brasil que os pacotes focalizados não cabem em nossa proposta de SUS, mas não esquecemos as populações que historicamente foram negligenciadas pela sociedade brasileira. Por isso temos incentivos especiais dentro da atenção primária para atendimento a populações quilombolas, aos assentamentos agrários, às populações indígenas e a todos os municípios do país com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Estamos assim promovendo equidade na distribuição dos recursos da atenção primária, inclusive para compensar a desigualdade de distribuição histórica da capacidade instalada de serviços hospitalares, baseada quase que exclusivamente na oferta dos mesmos.

Países como o Brasil e outros de renda intermediária têm que estar atentos à necessidade que os sistemas de saúde têm em regular a incorporação tecnológica, abusiva e acrítica, essencial para a sustentabilidade de nossas propostas de sistemas universais de saúde.

O fortalecimento da atenção primária no Brasil tem sido um processo gradativo, com o aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família em todos os estados da federação. Um esforço tripartite que superou as divergências político-partidárias para avançar na implantação dos preceitos constitucionais.

O caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde orientados a partir da Estratégia Saúde da Família tem provocado um importante mo-

vimento de reordenamento do modelo de atenção no SUS. A estratégia busca cumprir os princípios da APS: ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços². Dessa forma, pressupõe maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. Os resultados positivos nas avaliações da Saúde da Família se referem à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde³, à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços^{4,5} e à redução da mortalidade infantil⁶.

O exemplo da redução da mortalidade infantil nas duas últimas décadas, fazendo com que o Brasil apresentasse o melhor desempenho no grupo entre os países analisados para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), é creditado a dois importantes programas sociais: Saúde da Família, em especial ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, e ao Bolsa Família, programa de transferência direta de renda com acompanhamento de condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza, integrante do Fome Zero⁷.

Ainda utilizando o exemplo da redução da mortalidade infantil, um indicador clássico, mas permeado por vários dos determinantes sociais da saúde, estudo demonstrou que o aumento na cobertura de Saúde da Família foi capaz de reduzir em 4,6% a mortalidade infantil, controlado para acesso à água, saneamento, renda, escolaridade materna e número de filhos, número de médicos e enfermeiros, leitos hospitalares e cobertura vacinal⁶.

Outro estudo aponta que, nos municípios brasileiros com baixo IDH, enquanto a variação média anual da taxa de mortalidade infantil reduz em 4,3% nos que têm mais de 70% de cobertura da SF, naqueles municípios com menos de 20% de cobertura, a variação média anual foi crescente em 4,5%⁸.

Podemos usar outro exemplo, numa área em que o Brasil se destaca, que é da alta capacidade de realizar programas de imunização, erradicando doenças preveníveis por imunização. A campanha da rubéola, realizada esse ano, que vacinou 58 milhões de pessoas, representando 85% da meta, contou com a capilaridade da atenção primária no Brasil, sendo outra demonstração recente de êxito no acesso da população brasileira a uma importante ação de prevenção que visa erradicar essa doença.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica torna-se uma das prioridades inseridas no Pacto pela Vida: buscando "consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde".

Em 2008, a Saúde da Família entra como um dos eixos centrais do Mais Saúde para Mais Brasileiros, projeto central do segundo governo do Presidente Lula, com uma meta de alcançar 70% da população brasileira até 2011.

A Saúde da Família hoje ultrapassou em muito os limites de um programa e é uma política do Estado brasileiro, estando na agenda dos gestores do SUS e uma prioridade da atual gestão federal, pois é parte das metas presidenciais do governo Lula.

Hoje são 29.678 equipes de saúde da família, 229.572 agentes comunitários e 18.220 equipes de saúde bucal, uma especificidade do modelo brasileiro, que, parte do Brasil Sorridente, oferece a integralidade da atenção à saúde bucal.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja implantação inicia em 2008 e em junho de 2009 somam 648 em funcionamento no país, representam um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados em saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população. Com a inclusão dos novos profissionais de saúde, vinculados às equipes de Saúde da Família, aumenta-se a possibilidade de responder aos novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros. Como o sofrimento psíquico, as modificações no padrão nutricional, em que 40% dos adultos são obesos e 27% dos escolares têm sobrepeso e o aumento da longevidade da população, que, se por um lado, é o resultado do desenvolvimento social e econômico dos países, no nosso, o envelhecimento veio antes do crescimento econômico e resulta, para o sistema de saúde, maior número de pessoas com co-morbidades e aumento de carga de doenças. Os NASF trazem a possibilidade de ampliar a oferta das práticas integrativas e complementares e a oferta da melhor tecnologia disponível para grande parte das doenças crônicas, bem como a revisão dos tratamentos baseados somente na medicalização das doenças.

Desafio da formação e educação permanente

A meta de expansão para toda a população brasileira traz o principal desafio para os próximos anos, que é o que temos chamado de "valorização política e social da Saúde da Família". A *advocacy* da APS passa pela qualificação da Saúde da Família. Essa depende de mudanças estruturantes na formação - graduação e pós-graduação - das áreas da saúde. No caso da formação médica, segundo levantamento de necessidades de formação profissional para o SUS da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, instituída pelo Decreto

Presidencial de 20/06/2007, se faz necessária a ampliação das vagas de residência em medicina de família e comunidade. Na graduação, a decisão dos alunos em se especializarem para trabalhar na Saúde da Família depende também do “espelho” dos seus formadores, o que requer, nas universidades, mestres e doutores em APS, capazes de captar recursos, fazer pesquisas e ser modelos a serem seguidos pelos alunos.

Precisamos formar em larga escala e certificar os profissionais que fazem parte hoje da Saúde da Família, bem como os gestores do SUS, tanto nos 80% dos municípios brasileiros de pequeno porte, responsáveis no seu território pelos serviços de APS, bem como nas regiões metropolitanas e nos grandes municípios, cuja demanda é a substituição de modelos tradicionais de APS para a Saúde da Família, como coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde, proposta encaminhada pela Universidade Aberta do SUS, lançada em junho de 2008, com início da formação previsto a partir de 2009.

A ênfase na regulamentação da profissão e na formação técnica dos agentes comunitários de saúde, a partir da Emenda Constitucional nº 51, de 2006, trouxe, para além do desafio da formação, o da forma de contratação. Esse desafio, não exclusivo da Saúde da Família, acentua o debate necessário acerca do emprego público no SUS.

Desafio da APS como ordenadora do sistema

A conformação de Territórios de Atenção à Saúde, a partir das equipes de Saúde da Família, deverá ser capaz de se relacionar com a urgência e emergência pela classificação de riscos e resolutividade dos agravos agudos de menor complexidade, a relação com as redes de serviços de saúde mental e das redes sociais, a integração com a vigilância em saúde, o acesso a exames complementares e a assistência farmacêutica. A APS deve ter maior poder e controle sobre os prestadores dos demais pontos da rede de atenção, inclusive com a utilização de ferramentas para avaliar a qualidade da atenção especializada, ambulatorial ou hospitalar, com vistas a aumentar a segurança dos pacientes. Esses territórios tornam-se, portanto, espaços do cuidado e da promoção da saúde, da intersetorialidade e da constante busca da qualidade de vida, da garantia do primeiro contato e do encaminhamento responsável para utilização coerente das tecnologias disponíveis nos serviços de referência especializada.

A importância da integralidade, de se ofertar serviços que estabeleçam o tratamento e recuperação dos doentes, mas que essencialmente promo-

vam a saúde e previnam o adoecimento, inclusive evitando a utilização desnecessária das tecnologias, fez com que a Saúde da Família fosse campo das várias ações intersetoriais, junto ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com o acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família, ao Ministério da Educação, com o Saúde na Escola, Ministério da Justiça, com o PRONAS-CI, Ministério do Desenvolvimento Agrário, com os Territórios da Cidadania, Ministério da Cultura, com a integração com os pontos de cultura e a criação da Rede Saúde e Cultura.

Avançamos assim, na possibilidade da saúde ser experimentada, pelos indivíduos, famílias e comunidades, como um “fenômeno clínico e sociológico, mas vivido culturalmente”, utilizando o conceito de saúde proposto por Minayo. A busca da qualidade de vida para a população brasileira só é possível com ações que extrapolem nossa capacidade setorial, desde que asseguradas as melhores evidências na oferta de ações e serviços de saúde.

Desafio da comunicação com a sociedade

Há também, de forma imperiosa, a necessidade de aproximação com a sociedade brasileira formadora de opinião, que, na maior parte das vezes, desconhece esse modo de acessar as ações e serviços de saúde. Aquilo que não é conhecido, não pode ser defendido pela população. Entendemos a atenção primária como capaz de conduzir a sociedade na definição dos seus direitos, incorporando os conceitos de empoderamento e capital social, ou seja, toda a sociedade brasileira recebendo o mesmo tipo de atenção à saúde.

Se há suficientes evidências que o cumprimento dos atributos dos serviços de APS – acesso e utilização, integralidade, longitudinalidade e coordenação – estão associados com menor número de hospitalizações, menor número de consultas para um mesmo problema, menor quantidade de exames complementares, maior possibilidade de ações de prevenção, maior adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamentos e também maior satisfação da população, podemos inferir que cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão o modelo público e aprovarão o financiamento necessário para sua manutenção.

O ano de 2008 marcou outro importante marco da *advocacy* da APS no Brasil, que foi a III Mostra de Experiências em Saúde da Família, ocorrida em Brasília (DF), com a presença de mais de 7.400 pessoas. Foi uma iniciativa de reforço técnico e polí-

tico da Saúde da Família, bem como divulgou internacionalmente o Sistema Único de Saúde e o nosso modelo de APS. Essa construção é fruto do esforço e da perseverança de milhares de brasileiros que fazem a Saúde da Família no Brasil, trabalhadores, usuários, gestores, conselheiros de saúde, pesquisadores, alunos e professores das áreas de saúde, enfim todos os envolvidos no sonho de um sistema de saúde universal, integral e equânime para o Brasil. O compartilhamento de experiências e também das dificuldades enfrentadas por equipes, municípios, estados e diferentes países do mundo demonstra a capacidade de mobilização da APS. No Brasil, o potencial criativo avança para além das normas e diretrizes estabelecidas, resul-

tando numa diversidade de experiências e resultados exitosos, que precisam ser traduzidos para a sociedade, por meio de todas as mídias: TV, rádio, internet, jornal, cinema e telefones, como parte do movimento nacional pela democratização e pelo direito à comunicação e informação.

O relatório anual da OMS⁹ – **Primary Health Care, now more than ever** – recém-publicado, reforça a APS como uma idéia-força após trinta anos de Alma-Ata e elogia a experiência brasileira⁹. Estamos no caminho certo, vencer os desafios apontados é obrigação da sociedade brasileira na manutenção de sua maior política de inclusão social, que é o Sistema Único de Saúde, agora orientado pela atenção primária/Saúde da Família.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2007.
2. Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
3. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr. A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cien Saude Colet** 2006; 11(3):633-641.
4. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Cien Saude Colet** 2006;11(3):669-681.
5. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Cien Saude Colet** 2006; 11(3):657-667.
6. Macinko J, Guanais F, Souza F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health** 2006;60:13-19.
7. Murray CJL, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez AD. Can we achieve Millenium Development Goal? New analysis of country trends and forecasts of under mortality to 2015. **Lancet** 2007; 370:1040-1504.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados:1998-2006/2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. World Health Organization. **The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever**. Geneva: WHO; 2008.

Artigo apresentado em: 26/11/2008

Aprovado em 05/05/2009

Versão final apresentada em 10/05/2009