

RESUMO

Descreve o caminhar do Sistema Único de Saúde, destacando seus avanços e a necessidade de ampliar as discussões sobre os determinantes do processo saúde-doença e as novas formas de fazer saúde a partir de estratégias de ordenamento da Atenção Básica. Menciona as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde como alternativas de organização da Atenção Básica.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família

A criação do Sistema Único de Saúde - SUS e por consequência a municipalização da saúde, a partir da Constituição de 1988⁽¹⁾ e sua regulamentação pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 dão novo direcionamento à questão da saúde no país. As diretrizes do SUS prevêm a universalidade, a integralidade das ações, a hierarquização, a regionalização, a descentralização e a participação popular como formas de organização e controle do Sistema de Saúde para permitir o acesso universal. A Carta Magna explicita claramente os fatores determinantes da saúde associando-os às políticas públicas de saneamento, educação, moradia, transporte, alimentação, lazer e de emprego, nas quais as ações de caráter intersectorial são destacadas como de fundamental importância no impacto sobre as condições de saúde da população. Não podemos dizer que os princípios do SUS tenham sido alcançados na sua plenitude, mas podemos afirmar que houve avanços no processo de consolidação do SUS, com destaque para a descentralização e com a efetiva municipalização.

Yunes⁽²⁾ comenta que a sociedade brasileira deseja a descentralização e a municipalização como foi expressamente debatido por ocasião das Conferências de Saúde realizadas neste país, quando ficou também expresso que o SUS é um sistema suprapartidário e democrático com redistribuição de poder e de recursos. Afirma ainda que esses dois processos

não garantem que todos os municípios façam uma gestão eficaz e eficiente. As desigualdades de condições que permeiam os municípios não lhes permitem ainda atender na sua totalidade as necessidades de saúde da população, seja por falta de infra-estrutura, de gerenciamento, de financiamento e mesmo de adesão à nova prática social.

Não se pode dizer que a equidade esteja ao alcance de todos. Piola⁽³⁾ comenta que a equidade tem várias dimensões sendo um princípio básico para a construção de um Sistema de Saúde socialmente justo. Este mesmo autor diz que

"a equidade na sua conceituação mais abrangente é entendida como atender cada um, conforme suas necessidade, ou ainda: (a) tratamento igual para necessidade iguais - a chamada equidade horizontal; (b) tratamento desigual para necessidade desiguais - a chamada equidade vertical que comporta uma priorização entre necessidades" (3:69).

Por outro lado, o garantido constitucionalmente ainda precisa avançar muito, para de fato rompermos com a iniquidade da distribuição das ações e dos serviços de saúde e com a iniquidade econômica e social que vem fazendo com que os problemas de saúde sejam abordados como consequência das desigualdades gerais⁽⁴⁾.

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem - Coordenadora Estadual do PSF/PACS - Minas Gerais/2000

Endereço para correspondência:
Rua Francisco Deslandes, 667 Apt° 502 • Bairro Anchieta
CEP: 30310-530 • Belo Horizonte
E-mail: rizo@net.em.com.br

Por isso temos que entender que somos "legalmente" iguais em um país de desiguais.

A partir da compreensão de que as atividades de cunho assistencial não são capazes de fazer o enfrentamento das questões da saúde, é necessário ampliar as discussões sobre os determinantes do processo saúde-doença, para que a inter-setorialidade, as formas de financiamento e o planejamento integrado das ações possam contribuir na promoção da saúde e na prevenção de agravos, seja através de medidas isoladas ou de âmbito coletivo, buscando todos os esforços para o efetivo enfrentamento dos problemas comuns com que hoje deparamos em nossas comunidades.

Neste conjunto de mudanças e ações, o Programa Saúde da Família - PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, entendidos como estratégias para reordenação da atenção básica, apresentam-se na atual conjuntura como uma alternativa institucional e municipal de equilíbrio entre as ações assistenciais e as de cunho intersetorial propiciando uma mediação estratégica entre saberes e técnicas, entre a população e o poder local, entre outros.

Essas duas estratégias trazem em si a necessidade de rever os modelos assistenciais até então trabalhados pelos municípios. Tais modelos preconizam sua construção dentro de uma visão negativa da saúde: consideram como pessoa saudável (com saúde) apenas aquela que não está doente. Toda a discussão feita ao longo dessas duas décadas vem buscando incorporar a concepção de saúde, entendida como qualidade de vida, permitindo compreender a necessidade de articulação com o conjunto de outras políticas públicas e ainda nova forma de organização dos serviços de saúde dentro da lógica da regionalização e da hierarquização.

Pensar em organização de Sistema de Saúde, implica necessariamente também pensar em recursos humanos, como um dos eixos da estrutura organizacional. Pensar recursos humanos para o SUS significa pensar estrategicamente em quem desenha as políticas institucionais voltadas para esta área, posto que a qualidade do produto oferecido à sociedade depende das condições em que são preparados esses recursos humanos.

Machado⁽⁵⁾ analisando o mundo do trabalho e os processos de transformações ocorridos, diz que nos tempos da municipalização há a exigência de uma nova agenda política no campo dos recursos humanos. Ressalta ainda que

"a idéia de se conceder ao profissional de saúde um passaporte profissional definitivo para atuar no mercado não corresponde a uma real preocupação com a qualidade. A recapacitação daqueles que lidam com a vida de seres humanos com responsabilidade civil sobre seus atos, não pode ser fruto da vontade pessoal, mas sim decisão política dos gestores com apoio da academia" (5:98).

A formação de recursos humanos deve ser considerada como um instrumento fundamental para a sustentabilidade do SUS, necessitando ser, portanto, assumida como uma política institucional que permita a discussão da essencialidade das ati-

vidades profissionais e também as formas de remuneração, jornada de trabalho, vínculo formal, equipamentos e tecnologias compatíveis com as ações a serem realizadas, entre outros. Percebe-se a existência de um desafinamento entre os avanços do Sistema Único de Saúde e as questões ligadas à preparação de recursos humanos, particularmente em alguns cenários que foram criados para implementar o Sistema Único de Saúde, como por exemplo, o PSF e o PACS.

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, criados com financiamento do REFORSUS, vêm contribuindo substancialmente na difusão das diretrizes operacionais do PFS/PACS, propiciando também ampla discussão no seio das Faculdades e Escolas da área da saúde no tocante às estratégias de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, através dos cursos introdutórios, de especialização e ainda de cursos pontuais baseados nas necessidades do serviço. Outra contribuição que os Pólos poderão dar é a introspecção dos saberes sobre a organização da atenção básica na formação dos profissionais da área da saúde, bem como propiciar uma prática nesses cenários o mais precocemente possível.

Minas Gerais é um Estado de dimensões semelhantes às de alguns países do mundo e com uma imensa diversidade na área social. São 853 municípios, sendo que a sua maioria encontra-se na gestão básica do sistema, de acordo com a Norma Operacional Básica - NOB/96.

Temos hoje 55 municípios habilitados na gestão plena do sistema, representando 6,4% do total de municípios e 90,5% habilitados na gestão básica. Temos ainda 25 (2,9%) municípios não habilitados, dos quais, 2 (0,2%) estão em processo de habilitação aguardando apenas a publicação pelo Ministério da Saúde.*

Outro dado importante necessário à compreensão da configuração espacial do nosso Estado, é a distribuição populacional por município: podemos verificar a existência de um número expressivo destes com população inferior a 20.000 habitantes. Por que estamos trazendo esses dados para uma leitura coletiva? A história tem nos mostrado que este indicador – concentração populacional – pode facilitar ou dificultar o gerenciamento das ações de saúde do SUS nos municípios, do ponto de vista técnico e político.

Saúde da Família Acontecendo

O Estado de Minas Gerais desde 1994 aderiu como prioridade técnica e política à estratégia Saúde da Família como reordenadora da atenção básica, entendida como:

"um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (60:8).

O compromisso de buscar a transformação da prática a partir da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação

* Informações recebidas da Secretaria da CIB Estadual - dezembro/2000.

e da organização geral dos serviços configura o que sinalizamos como novo, na estratégia do PSF.

O objeto de atuação passa a ser a família:

"entendida como uma unidade de produção social em constante articulação com as diferentes esferas da vida na sociedade, afetando essa sociedade e sendo afetada por ela" (7:26).

É neste espaço que afloram os determinantes do processo saúde-doença acrescidos dos conflitos sociais, das lutas pela sobrevivência e da produção e reprodução da força de trabalho que mantém viva a célula máter da sociedade, que é a família.

O PSF preconiza o trabalho com uma equipe mínima, constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O trabalho em território, espaço geográfico vivo, definido não apenas por um olhar técnico e político, mas também pela forma de organização da vida social nos espaços/domicílios, são características inerentes à estratégia saúde da família⁽⁶⁾.

A equipe mínima é responsável por determinado território (um bairro ou parte de um bairro, um grupo social) onde vive um número de pessoas, no mínimo de 2.400 e no máximo de 4.500 habitantes. O cadastramento das famílias que vivem neste território permite, juntamente com as lideranças comunitárias e com a participação dos agentes comunitários de saúde a elaboração de um diagnóstico a partir da priorização dos problemas identificados. Os ACS selecionados preferencialmente dentro das microáreas e com definição de responsabilidade por, no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas por agente e por microárea.

O uso dos dados epidemiológicos levantados pelo cadastramento das famílias e pelos dados populacionais da área de adscrição, permitem à equipe do PSF estabelecer uma maior relação de responsabilidade entre o serviço e a população garantindo o acesso de todas as pessoas ao serviço de saúde com priorização no atendimento para as populações de risco.

Saúde da família prioriza também a ação intersetorial; não se faz saúde apenas com atenção médica. É preciso interagir com os demais setores da sociedade para priorizar outras atividades, que poderão contribuir para a atenuação dos agravos à saúde.

A complexidade dos problemas de saúde exige daqueles que trabalham com a estratégia saúde da família a reconstrução do conhecimento dentro de uma visão de interdisciplinaridade. Os diferentes saberes sendo construídos e praticados num mesmo cenário permitindo a construção de um novo saber, a partir do trabalho em equipe, dos múltiplos objetos de trabalho e com a articulação entre as diferentes instituições que conformam a sociedade⁽⁷⁾.

Para trabalhar com a estratégia saúde da família em um município, não podemos ficar apenas no desejo político, é necessário que a população também seja co-partícipe nesse processo.

Etapas de Implantação

A implantação pressupõe as seguintes etapas:

- discutir com a comunidade as diretrizes da estratégia que se deseja implantar para se ter a adesão da mesma;
- elaborar o projeto e discutir no Conselho Municipal de Saúde para se obter a aprovação naquele fórum;
- garantir área física e equipamentos mínimos necessários ao trabalho da equipe, propiciando assim meios para que esta atenda com segurança, responsabilidade e sejam resolutivos os procedimentos executados;
- capacitar a equipe para o trabalho dentro dos princípios do Programa da Saúde da Família e das ações que norteiam a atenção básica;
- implantar o Sistema de Informação da Atenção Básica, como um instrumento de acompanhamento e de avaliação das ações realizadas pela equipe e o impacto das mesmas nas condições de saúde da população;
- organizar o sistema de referência e contra-referência dos usuários;
- efetivar como será feito o controle social nos diferentes níveis do sistema municipal;
- encaminhar o projeto para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite Regional que o enviará à Coordenação Estadual do PSF/PACS para análise e parecer;
- enviar à CIB Estadual parecer para apreciação e aprovação dos projetos analisados.

Desafios à Implantação e/ou Implementação das Estratégias Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde

Principais desafios:

- falta de conhecimento do gestor municipal das diretrizes operacionais do PSF/PACS. O gestor apreende como sendo mais uma alternativa de captação de recursos financeiros para o município. Não resta dúvida de que o é, no entanto não desobriga o gestor de cumprir o pacto estabelecido quanto a jornada de trabalho dos profissionais, a constituição da equipe mínima, a organização da prática sanitária, a delimitação do território, entre outros;
- convivência com os dois modelos, o tradicional e o estruturante. Muitas vezes o município instala o PSF na mesma área física onde já existe uma atenção médica para atendimento somente da demanda espontânea. É complicado para a população entender a situação exposta;
- ausência de profissionais capacitados para o exercício de atividades de promoção e prevenção e para trabalho junto às comunidades;
- falta de infra-estrutura para os trabalhos das equipes. Os gestores colocam as equipes para atender em locais que muitas vezes se traduzem em desrespeito aos usuários e os próprios profissionais; (casas improvisadas, garagens, galpões, etc.);
- dificuldades de aceitação pelos profissionais que atuam no modelo tradicional do trabalho das equipes do PSF;

- pulverização, por parte dos gestores, das equipes pelas áreas periféricas do município sem critérios técnicos que justifiquem a escolha de determinadas áreas.

Considerando ser hoje a Saúde da Família uma política pública para reorganização de Atenção Básica, é salutar que os gestores municipais de saúde pensem e repensem como caminhar nesta trajetória. Não podemos pensar a organização da Atenção Básica sem o desenho do fluxo do usuário para os outros níveis da atenção do sistema.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
2. Yunes J. A construção do sistema de saúde na lógica da descentralização. In: XIV Congresso Nacional de Secretários de Saúde. Descentralização: gestão local construindo municípios saudáveis. Brasília: CONASEMS, 1998:39-50.
3. Piola S. Financiamento como elemento para construção da equidade. In: XIV Congresso Nacional de Secretários de Saúde. Descentralização: gestão local construindo municípios saudáveis. Brasília: CONASEMS, 1998:69-72.
4. Carvalho GCM. Financiamento como elemento para construção da equidade. In: XIV Congresso Nacional de Secretários de Saúde. Descentralização: gestão local construindo municípios saudáveis. Brasília: CONASEMS, 1998:73-6.
5. Machado MH. Gestão do trabalho em saúde: considerações estratégicas.. In: XIV Congresso Nacional de Secretários de Saúde. Descentralização: gestão local construindo municípios saudáveis. Brasília: CONASEMS, 1998:93-102.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
7. Araújo MRN. A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença. (Tese Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999:141.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.