

EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL, COMO UMA POLÍTICA PÚBLICA

Heloiza Machado foi uma das precursoras da implantação da estratégia saúde da família nos vários municípios brasileiros. Foi, por muitos anos, Coordenadora da Atenção Básica do Ministério da Saúde e, quando da mudança do organograma do Ministério da Saúde criando o Departamento de Atenção Básica, Heloiza foi a nossa primeira Diretora. Heloiza está atualmente exercendo as funções de Chefe de Gabinete da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Esta entrevista foi elaborada pela Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, editora associada da revista APS. Ela foi Gerente da Atenção Primária à Saúde da SES/MG até fevereiro de 2008. É Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG e, atualmente, é docente do curso de Enfermagem da FCS/FUMEC e também integra o corpo técnico do NESCON/UFMG na coordenação do Curso de especialização em atenção básica em saúde da família.

Maria Rizioneide: Você acompanhou muito próximo a criação do Programa Saúde da Família no Brasil, hoje denominado estratégia saúde da família. Como foi o enfrentamento político para a implantação dessa estratégia nos municípios brasileiros?

Heloíza: Foi necessário, por parte de todos que participaram desse processo, muita articulação técnica e política para que houvesse adesão dos municípios. De certa forma, isso foi facilitado pela própria participação de gestores municipais na etapa de formulação da proposta, em que eu destaco presenças importantes como de Odorico Monteiro, então secretário de saúde de Quixadá, da Eliana Dourado que tinha participado de uma experiência de médico de família no município de São Paulo e da Maria Celia, que também havia participado da implantação do Programa Médico de Família em Niterói. Esses e outros gestores foram interlocutores importantes junto a outros municípios. É importante situar que estávamos em um momento muito rico do movimento pela descentralização, com ênfase na municipalização, o que favorecia a participação ativa de gestores municipais no desenho e implantação da proposta.

Quando o então Ministro da Saúde, Dr Henrique Santillo, decidiu lançar o PSF no início de 1994, a equipe técnica fez uma proposta de implantação gradual, iniciando-se por um número bem restrito de municípios. Era uma estratégia para permitir o amadurecimento da proposta. Dentre os poucos mais de 10 municípios que iniciaram a implantação do PSF, estavam Quixadá no CE, Juiz de Fora em MG, Joinville em SC e Cotia em SP. Era um conjunto de mu-

nicipios de regiões e portes populacionais distintos e de condução política diferente do ponto de vista partidário. Essa adesão inicial, diferenciada, contribuiu muito para quebrar algumas resistências. O PSF era apresentado para todos os municípios como uma alternativa para fortalecer a atenção básica, incrementando a experiência de vinculação e de foco nas famílias já existente com os agentes comunitários de saúde.

O maior enfrentamento, sem dúvida, era relativo ao próprio modelo de organização de serviços predominante na maioria dos municípios. O desafio era convencer prefeitos e secretários sobre vantagens de uma proposta baseada em atenção primária em contextos onde os hospitais e as ambulâncias eram tão fortes no imaginário da própria população e tão defendidos por interesses econômicos e, às vezes, “eleitores”. Neste período, a proposta do PSF ainda era muito marginal. Isso era um fator restritivo para agregar apoio técnico e financeiro, mas, por outro lado, também não despertava a ira dos setores conservadores, que certamente não apostavam no seu crescimento e na sua consolidação.

Maria Rizioneide: As diversidades micro e macrorregionais no território brasileiro são imensuráveis. Quais as estratégias adotadas, à época, para a superação e, ao mesmo tempo, ter uma adesão expressiva dos municípios mais carentes do ponto de vista de recursos humanos, aporte financeiros, entre outros, à estratégia saúde da família?

Heloíza: A priorização dos municípios mais pobres, na época inseridos no “mapa da fome” elaborado pelo IPEA,

foi uma condição para captação de recursos federais para a implantação do programa. O financiamento foi sempre um indutor para a implantação, o que também gerou distorções na adesão. Alguns municípios aderiam à proposta apenas para ter acesso aos recursos transferidos, naquela época, ainda na modalidade de convênios. Mas uma parte significativa de pequenos municípios implantou o PSF com muita seriedade. Foi um mecanismo importante para a interiorização de profissionais de saúde, processo esse já iniciado com os enfermeiros durante a implantação do PACS.

A proposta do PSF foi melhor absorvida pelos municípios pequenos e com piores índices sociais porque os resultados eram percebidos rapidamente pelos gestores. Nesses locais, um pequeno número de equipes era suficiente para uma cobertura de 100% da população e as ações conseguiam reverter, em curto espaço de tempo, indicadores que eram muito críticos. O nível de satisfação da população também era rapidamente constatado porque as equipes resgatavam um “elo perdido” no sistema de saúde, que era o estabelecimento de vínculos com as pessoas.

Maria Rizioneide: Você esteve no Ministério da Saúde frente à Coordenação do antigo Programa Saúde da Família e lá plantou várias sementes, por sorte, todas germinaram e hoje estão dando bons frutos. Certamente, as dificuldades foram inúmeras. Poderia mencionar, para nós, os principais avanços já alcançados e, por outro, destacar aquilo que ainda precisa ser superado?

Heloíza: Nem todas as sementes germinaram na velocidade desejada. O PSF não começou sua trajetória com uma proposta pronta, acabada. Ao longo desses anos, vem sendo implantado e lapidado por muitas mãos e muitas mudanças necessárias e importantes já foram implementadas. Outras ainda precisam acontecer para aperfeiçoar o processo.

A ESF provocou uma ampliação significativa do acesso da população aos serviços de saúde. Resultados importantes estão refletidos na melhoria de indicadores de saúde e nos níveis de satisfação dos usuários e dos profissionais. Recentes publicações internacionais, como documentos da OPS/OMS e de pesquisadores nacionais, fazem menção positiva sobre a experiência brasileira de implantação da ESF no contexto de fortalecimento da atenção primária.

Uma característica forte da experiência brasileira está na valorização do trabalho em equipe e na presença dos agentes comunitários que fazem, sem nenhuma dúvida, um grande diferencial no processo de vinculação com a população e de apropriação da realidade de cada território.

Expandir o PSF e torná-lo uma política nacional estruturan-

te foi um avanço considerável que traz consigo o desafio da qualificação. É preciso concentrar esforços na formulação e implantação de mecanismos e estratégias de qualificação. Muita coisa já foi feita. Muita coisa foi feita e não implantada de forma suficiente. Cito o exemplo da AMQ – Avaliação para melhoria da Qualidade, uma ferramenta com potencial imenso para qualificar os processos de trabalho.

É preciso aperfeiçoar o financiamento da AB (nas três esferas de governo) para possibilitar investimentos na infraestrutura das unidades básicas de saúde, dotando-as de equipamentos e de espaços suficientes e adequados. As unidades precisam se tornar espaços acolhedores não só para a população, mas também espaços receptivos para os profissionais de saúde e atrativos para docentes e estudantes. Precisamos avançar na integração dos sistemas de informação, na informatização, nos processos avaliativos e na garantia de educação permanente para todos.

Produzir mudanças no perfil profissional é um desafio imenso. A complexidade dos problemas que se apresentam nos territórios de atuação das equipes de saúde da família exige a agregação de diferentes saberes e de competências específicas, o que ainda não está suficientemente incorporado na formação dos profissionais de saúde. Em que pese os esforços para indução de mudanças na graduação, ainda estamos gastando muito tempo e muito recurso na tarefa de “resgatar” profissionais com formação muito inadequada para as necessidades do sistema de saúde brasileiro, especialmente para a estratégia de saúde da família. Contamos com boas iniciativas de educação permanente, tanto no Ministério da Saúde, com em Secretarias Estaduais e Municipais, mas ainda é preciso acelerar a velocidade da oferta para atingir a totalidade de equipes implantadas.

Maria Rizioneide: Qual a sensação que lhe proporcionou a leitura da avaliação externa realizada em que ficou demonstrada a contribuição da estratégia saúde da família na redução da mortalidade infantil no Brasil?

Heloíza: A sensação de que, apesar das dificuldades e obstáculos que ainda precisam ser vencidos, estamos no caminho certo.

Maria Rizioneide: É um discurso comum de que o financiamento da atenção básica é inexpressivo dado à falta de tecnologia para a realização das atividades com qualidade e que atenda minimamente as necessidades de saúde da população. Você acredita que a má qualidade da atenção básica à saúde prestada à população brasileira seja exclusivamente proveniente da falta de financiamento da atenção básica?

Heloíza: O financiamento da atenção básica é insuficiente, mas este não é o único fator que determina a qualidade da atenção. Com todos os progressos já conquistados, não chegamos ainda no estágio desejável em que a AB deve se colocar como ordenadora da atenção e, portanto, assumir papel importante na regulação do sistema e na destinação dos recursos. A absorção de recursos pela média e pela alta complexidade continua preponderando em todas as esferas de governo. Defendo, portanto, a necessidade de elevação dos recursos para a atenção básica. A superação dos desafios mencionados anteriormente não pode ser atingida com improvisação e sem recursos. No entanto, apenas os recursos financeiros são insuficientes para a melhoria da qualidade. Melhorar a gestão da atenção básica e garantir sua inserção como ordenadora das redes de atenção são fatores indispensáveis para melhores resultados.

Maria Rizoneide: Você agora está na Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde e já iniciou uma série de atividades para incorporar as ações de vigilância no cotidiano das equipes de saúde da família. O caminho está difícil ou as estratégias é que ainda não estão sendo implementadas a contento?

Heloíza: A integração entre as ações de atenção básica e de vigilância em saúde é uma das prioridades da atual gestão da SVS, mas não é algo que se inicia agora. Muitas iniciativas vêm acontecendo desde a época do CENEPI. A diferença certamente está na ênfase e no grau de priorização desta gestão. Não considero o caminho difícil, mas trabalhoso como qualquer processo de integração no âmbito do nosso sistema de saúde e das políticas públicas de forma geral. Considero que quanto mais perto do território local maior é a integração, especialmente nos municípios pequenos onde, pela própria limitação quantitativa de profissionais, as atividades são menos fragmentadas. Na esfera federal é onde mais fragmentamos as ações, pelas históricas “caixinhas de programas e agravos”, que concentram conhecimento e

poder. Estamos revendo nossas práticas de trabalho com o cuidado para a preservação das necessárias especificidades. Já temos resultados importantes e, de uma forma geral, as equipes técnicas estão motivadas na busca de mecanismos para superar a fragmentação das ações. Considero que a integração, no atual contexto das redes e da concretização do princípio da integralidade, não é mais uma escolha e sim uma obrigação de todos nós, gestores ou profissionais de saúde. Muitas ações que estão sob gestão da vigilância em saúde são desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, com seus agentes comunitários de saúde. São elas as responsáveis pela cobertura vacinal, pela identificação precoce de casos de hanseníase, pela redução de abandono no tratamento da tuberculose. As equipes têm ainda um potencial imenso para desenvolver ações de promoção de saúde nos seus territórios, sem falar da importância das ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis, como dengue e malária. Jamais atingiremos nossos objetivos e nossas metas se o trabalho não for integrado.

Maria Rizoneide: finalmente gostaria de lhe perguntar, 15 anos de implantação da saúde da família no Brasil, a mudança do modelo assistencial já se concretizou ou ainda você considera que estamos em processo de transformação? Dias melhores virão?

Heloíza: Ainda falta muito para concretizar a mudança. Acredito que, aos 15 anos, a ESF exige ajustes para recuperar distorções e para garantir o cumprimento dos princípios e das características de um adequado serviço de atenção primária em saúde. Estamos com a perspectiva de fortalecimento da estratégia com a criação de uma Secretaria Nacional de Atenção Primária em Saúde. Novos gestores municipais estão assumindo e isso significa oportunidade de renovação de compromissos e de mudança de atitudes. Dias melhores dependem certamente das decisões que podem ser tomadas agora.