

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BELÉM

Autores JOSIE VIEIRA¹, PAULO DE TARSO OLIVEIRA¹, ALCINDO FERLA²
Instituição 1. UFPA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, RUA AUGUSTO
CORREA, 01 - GUAMÁ. CEP 66075-110. BELÉM-PA
2. UFRGS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL,
AV. PAULO GAMA, 110 - PORTO ALEGRE/RS - CEP: 90040-060

RESUMO EXPANDIDO:

A ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS) FOI UMA IMPORTANTE INFLEXÃO NA EXPANSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E NA PRODUÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. PARA EFEITO DESTE RECORTE AVALIATIVO SOBRE A EXPANSÃO DO PSF EM BELÉM NOS ÚLTIMOS ANOS OPTOU-SE POR LEVAR EM CONSIDERAÇÃO AS VÁRIAS PAISAGENS EPIDEMIOLÓGICAS, DE SERVIÇOS E RECURSOS HUMANOS RELACIONANDO-AS COM AS DIMENSÕES TERRITORIAIS DA AMAZÔNIA, PARÁ E DE SUA CAPITAL BELÉM. TAMBÉM FORAM UTILIZADOS PRA CONSUBSTANCIAR ESSA ANÁLISE O TRABALHO PUBLICADO POR OLIVEIRA (2008), ALÉM DOS DADOS DA PESQUISA COORDENADA POR OLIVEIRA (2007). TAL APROXIMAÇÃO PERMITIU UMA ARTICULAÇÃO ENTRE DADOS MACRO E MICRO PERMITINDO UMA MELHOR AVALIAÇÃO DO PSF DE FORMA ARTICULADA ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA DO SUS. FOI CONSTATADO QUE OS ESTADOS DA AMAZÔNIA ESTÃO ENTRE OS QUE MENOS EXPANDIRAM A SUA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE AO PSF EM COMPARAÇÃO AOS DE MAIS ESTADOS BRASILEIROS. NO PARÁ, AINDA QUE NOS ANOS DE 2007 E 2008 TENHA QUASE QUE DUPLICADO A SUA COBERTURA O PSF TEM UMA DAS MENORES COBERTURAS DO BRASIL (36,3%).

A ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM BELÉM, FOI FORMULADA A PARTIR DE 1997 E DENOMINADA COMO PROGRAMA DA FAMÍLIA SAUDÁVEL. ESSA FORMULAÇÃO BUSCAVA ARTICULAR O PACS E PSF, COM A FINALIDADE DE ATINGIR EM UM CURTO PERÍODO DE TEMPO AS ÁREAS DE MAIOR

NECESSIDADE SÓCIO-SANITÁRIA DA CIDADE. NESSE SENTIDO, O OBJETIVO DE ALCANÇAR 100% DE COBERTURA DA POPULAÇÃO DE BELÉM SE DARIA PELA ARTICULAÇÃO ENTRE OS DOIS PROGRAMAS (PACS + PSF).

O PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL FAZIA PARTE DE UMA ESTRATÉGIA QUE COMPREENDIA A REORIENTAÇÃO DE TODA A ATENÇÃO PRIMÁRIA (BÁSICA) NO MUNICÍPIO. ENTRE AS PREMISSAS PRINCIPAIS ELENCADAS PELOS GESTORES À ÉPOCA ESTAVAM: (I) RECONHECIMENTO DA SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E INDICADOR DE QUALIDADE DE VIDA; (II) ELEIÇÃO DA FAMÍLIA E DE SEU ESPAÇO SOCIAL COMO NÚCLEO BÁSICO DE ABORDAGEM NO ATENDIMENTO À SAÚDE; (III) DEMOCRATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA, DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DA PRODUÇÃO DA SAÚDE; (IV) INTERVENÇÃO SOBRE OS FATORES DE RISCO AOS QUAIS A POPULAÇÃO ESTÁ EXPOSTA; (V) PRESTAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL, CONTÍNUA E DE BOA QUALIDADE, NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, À POPULAÇÃO ADSTRITA, NO DOMICÍLIO AMBULATORIO E HOSPITAL; (VI) HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E BUSCA DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO POR MEIO DO ESTREITO RELACIONAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE COM A COMUNIDADE; (VII) ESTÍMULO À ORGANIZAÇÃO DA COMUNIDADE PARA EFETIVO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL; (VIII) ESTABELECIMENTO DE PARCERIAS BUSCANDO DESENVOLVER AÇÕES INTERSETORIAIS.

PARA DAR CONSECUÇÃO A ESSAS PREMISSAS OS PRINCIPAIS OBJETIVOS DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL CONSISTIAM: (I) AUMENTAR A COBERTURA ASSISTENCIAL; (II) PROCEDER A INTEGRAÇÃO COM OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO, BUSCANDO MAIOR RESOLUBILIDADE E REDEFINIÇÃO DAS FUNÇÕES DE OUTROS SERVIÇOS, ESPECIALMENTE A ORGANIZAÇÃO DE POLICLÍNICAS, CENTROS DE RECURSOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS E HOSPITAIS; (III) ASSEGURAR ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE, COMBINANDO INTERVENÇÕES NA COMUNIDADE, NAS FAMÍLIAS E NOS SERVIÇOS DE

SAÚDE, E INTEGRANDO AS AÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COM OS DEMAIS ORGÃOS; (IV) TORNAR COMPATÍVEL A REDE DE SERVIÇOS EXISTENTES AO MODELO DE ATENÇÃO PROPOSTO PELO FAMÍLIA SAUDÁVEL; (V) APOIAR A CRIAÇÃO DE UM CENTRO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS APTOS A TRABALHAR COM O FAMÍLIA SAUDÁVEL, EM COLABORAÇÃO COM AS UNIVERSIDADES E O PRÓPRIO ESTADO.

ANALISANDO OS DADOS DE COBERTURA E EXPANSÃO DO PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL EM BELÉM É IMPORTANTE RESSALTAR QUE PELO MENOS DOIS MOMENTOS SÃO DISTINTOS: (I) QUE VAI DA ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA ATÉ 2004 E (II) A PARTIR DE 2005. OS DADOS REFERENTES AO CRESCIMENTO DO NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) QUASE QUE NÃO SE ALTEROU, DE 1018 AGENTES EM 2004 PARA 1180 EM 2009. NO QUE DIZ RESPEITO AO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), ELAS SÃO ESTRUTURADAS BASICAMENTE NO PERÍODO ENTRE 1998 E 2004, ALCANÇANDO A QUANTIDADE DE 67 EQUIPES AO FINAL DESTES ANOS. A PARTIR DESTES PERÍODOS ATÉ 2009, A EXPANSÃO DO PROGRAMA SE RESTRINGIU A 29 EQUIPES, PERFAZENDO UM TOTAL DE 98 EQUIPES ATÉ MARÇO DE 2009. VALE RESSALTAR QUE A COBERTURA POPULACIONAL DE 2009 (23,73%) NÃO SOFREU UM AUMENTO SUBSTANCIAL SE ANALISARMOS OS DADOS DO FINAL DE 2004 (17,73%). FICA EVIDENTE QUE HOUVE POUCO INVESTIMENTO NA ESTRATÉGIA DO PSF E DO PACS NESTE PERÍODO. AO MESMO TEMPO, HOUVE UMA EXPANSÃO SIGNIFICATIVA DOS LEITOS PRIVADOS E DOS SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA.

NO QUE SE REFERE À COMPARAÇÃO DA EXPANSÃO DO PSF NAS CIDADES COM MAIS DE 100 MIL HABITANTES NO ESTADO DO PARÁ, CONFIRMA-SE QUE A ESTRATÉGIA DO FAMÍLIA SAUDÁVEL DEIXOU DE SER A PRIORIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE, ESPECIALMENTE, NO MUNICÍPIO DE BELÉM. OS DADOS DEMONSTRAM QUE EM BELÉM HÁ UMA DAS MENORES COBERTURAS POPULACIONAIS (23,73%) QUANDO SE

PENSA NAS CIDADES DE PORTE APROXIMADO, COMO É O CASO DE ANANINDEUA (51,90%) E CASTANHAL (86,65%). ESTAS UNIDADES QUE ESTÃO PRÓXIMAS DA ZONA METROPOLITANA E TEM PODER DE ATRAÇÃO DE PROFISSIONAIS PRIORIZAM A EXPANSÃO DO PSF DE FORMA MAIS EFETIVA DO QUE A CAPITAL.

POR OUTRO LADO, A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELÉM ACOMPANHA A DINÂMICA DA MAIORIA DAS CIDADES ACIMA DE 100 MIL HABITANTES NA AMAZÔNIA BRASILEIRA. HÁ PARA ESSAS CIDADES UMA CONCENTRAÇÃO DOS SERVIÇOS REFERENTES A ATENÇÃO ESPECIALIZADA. NAS CAPITALS, ESTRUTURAM-SE OS SERVIÇOS QUE INCORPORAM PROCEDIMENTOS TECNOLÓGICOS COM NECESSIDADE DE UM MAIOR NÚMERO DE EQUIPAMENTOS SOFISTICADOS. ESTE FATOR TEM TENSIONADO O MODELO ATENÇÃO PARA CONCENTRAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DETRIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, JÁ QUE, ESTAS CIDADES SÃO PÓLOS DINÂMICOS DA ECONOMIA QUE SÃO FORTEMENTE DISPUTADOS PELA LÓGICA LIBERAL E PELO SETOR PRIVADO. ALÉM DO QUE, SÃO ESPAÇOS DE PRODUÇÃO DA SAÚDE QUE CONCENTRAM A MAIOR PARTE DOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS, ESPECIALMENTE, OS MÉDICOS (OLIVEIRA, 2008).

NO CASO DE BELÉM, QUE TEM A MAIOR CONCENTRAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AS DEMAIS CIDADES DO ESTADO, NÃO SE ESTÁ ORGANIZANDO O SISTEMA DE SAÚDE TENDO A EXPANSÃO DO FAMÍLIA SAUDÁVEL E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO PRIORITÁRIA. COMO REFERIDO ANTERIORMENTE HÁ UMA FORTE DEMANDA POR SERVIÇOS ESPECIALIZADOS O QUE PODE ESTAR REFLETINDO: (I) FORTE DEMANDA DE MUNICÍPIOS DE FORA DA CAPITAL QUE NÃO CONSEGUEM ORGANIZAR O MODELO DE ATENÇÃO EM TODA A SUA COMPLEXIDADE; (II) SUBFINANCIAMENTO DO GOVERNO FEDERAL PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA; (III) FALTA DE PRIORIDADE DA GESTÃO MUNICIPAL, ESPECIALMENTE A PARTIR DE 2005.

COM RELAÇÃO A ESSES ASPECTOS, ALGUNS FATORES PODEM SER REVELADORES DESTA SITUAÇÃO, E SÃO RELATADOS PELOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS: I) MÁ GESTÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS; II) POUCO INCENTIVO À CAPACITAÇÃO A PARTIR DE 2005; III) FALTA DE SUPERVISÃO ADEQUADA DAS EQUIPES; IV) FALTA DE QUALIFICAÇÃO PARA TRABALHAR NA ATENÇÃO BÁSICA E POUCA INSERÇÃO DOS PROFISSIONAIS, ESPECIALMENTE DOS GRADUANDOS DE MEDICINA, NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CAPITAL; V) FALTA DE MANUTENÇÃO NAS ESTRUTURAS DO FAMÍLIA SAUDÁVEL E DAS DEMAIS UNIDADES DE SAÚDE, ESPECIALMENTE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, O QUE OCASIONA BAIXA ESTIMA DA EQUIPE E BAIXA ATRAÇÃO DOS PROFISSIONAIS MAIS QUALIFICADOS; VI) CONTRATAÇÃO PRECÁRIA, COM VÍNCULOS TEMPORÁRIOS, SEM CONCURSOS PÚBLICOS E/OU POR CARTEIRA ASSINADA (CLT), O QUE CONTRIBUI PARA ALTA ROTATIVIDADE DOS PROFISSIONAIS DO FAMÍLIA SAUDÁVEL; VII) FALTA DE CONTROLE DA REFERÊNCIA E DA CONTRA-REFERÊNCIA E A NÃO HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACORDO COM O PRECONIZADO NO INÍCIO DO PROGRAMA; VIII) SUCATEAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO FAMÍLIA SAUDÁVEL; IX) DISCREPÂNCIA ENTRE PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO CNES E OS REALMENTE ATUANDO NO PSF E PACS.

ESTE CONJUNTO DE ASPECTOS NÃO POSSIBILITOU UMA AVALIAÇÃO MAIS ADEQUADA DO PSF EM BELÉM, NO ENTANTO, CONSTATOU-SE QUE ESSA ESTRATÉGIA DEIXOU DE SER A PRIORITÁRIA PARA A REORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO. AINDA QUE, OS FATORES ANALISADOS NÃO TENHAM PERMITIDO ADENTRAR EM TODAS AS NUANCES DO PSF E PACS NO MUNICÍPIO, É IMPORTANTE RESSALTAR QUE DO PERÍODO DE 1997 A 2004 HÁ EVIDÊNCIAS DE QUE ESTA ESTRATÉGIA FOI PRIVILEGIADA PELA GESTÃO MUNICIPAL COMO REORGANIZADORA DA ATENÇÃO À SAÚDE, AO CONTRÁRIO DO PERÍODO POSTERIOR DE 2005 A 2009.

POR FIM, UM NOVO MODELO DE INCENTIVO PARA A INSTALAÇÃO DOS PSF FOI APROVADO PELO GOVERNO ESTADUAL, NO PRIMEIRO

SEMESTRE DE 2009, QUE ADOTA A TRANSFERÊNCIA FUNDO-A-FUNDO E CONDICIONA O REPASSE AOS MUNICÍPIOS À ADESÃO AO PACTO DE GESTÃO, O QUE PODERÁ AJUDAR A POTENCIALIZAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TODO O ESTADO, INCLUSIVE EM BELÉM. NO ENTANTO, A CONSOLIDAÇÃO DESSA NOVA ESTRATÉGIA DEPENDE DA CAPACIDADE DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS A PARTIR DO QUE FOI PACTUADO NA COMISSÃO Intergestora Bipartite do Estado do Pará.