



Mais perto das pessoas

Maíra Mathias - EPSJV/Fiocruz | 18/01/2019 11h34 - Atualizado em 23/01/2019 09h59



Em 2019, a Estratégia Saúde da Família completa 25 anos. Foi uma longa caminhada, com resultados positivos que viraram referência em todo o mundo. Em 1994, quando o então Programa Saúde da Família foi criado, cerca de mil cidades não tinham nenhum médico. E muitas não tinham sequer serviços. A ESF democratizou a atenção à saúde. Há 20 anos, com pouco mais de duas mil equipes, o programa atingia 4,4% da população da época, aproximadamente sete milhões de pessoas. Hoje, a cobertura no país chega a 64% da população. Ou 133,6 milhões. Ela está presente em 5.481 dos 5.575 municípios brasileiros.

Além de enfrentar os vazios assistenciais e problemas graves, como a mortalidade infantil e materna nas regiões Norte e Nordeste, desde o início a ideia que moveu a Saúde da Família era ambiciosa: mudar o modelo herdado do sistema previdenciário, cujo centro era o hospital. Predominava a chamada perspectiva biomédica, muito dependente de remédios, equipamentos e procedimentos. Para isso, o programa se estruturou em equipes multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Depois, se integrariam os trabalhadores da saúde bucal. E outros mais viriam.

Essas equipes deveriam, no seu processo de trabalho, estabelecer uma relação diferente com as comunidades. Em uma frase: ficar mais perto das pessoas. E não só no sentido geográfico. “Onde moram? O que comem? Quanto ganham? Há locais para a prática de esportes? Há violência armada? Têm acesso ao transporte, à escola, ao saneamento? Tudo isso precisa estar no centro das preocupações de todos os trabalhadores da atenção básica para que a prevenção das doenças e a proteção à saúde aconteça”, resume Márcia Valéria Morosini, professora-

pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Ela explica que o conceito que orienta essa forma de pensar a atenção à saúde é a clínica ampliada, que vai além do indivíduo e do aspecto meramente biológico para tentar compreender as relações políticas, sociais, econômicas e culturais que fazem com que as pessoas adoçam de modo desigual e tenham condições também diferentes de acesso às possibilidades de cura, tratamento, prevenção e promoção.

Para dar conta desses desafios, ficou estabelecido que cada trabalhador precisa dedicar 40 horas semanais à Saúde da Família. E cada equipe é responsável pela população de um território definido. “Cada profissional de saúde dessa equipe tem um olhar e um saber que são indispensáveis”, afirma Stephan Sperling, representante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) na câmara técnica da atenção básica do Conselho Nacional de Saúde.

E tudo isso tem relação com outra aposta brasileira: a criação de um sistema público de saúde de caráter universal. Isso porque a cirurgia, a intervenção, a prótese, os medicamentos são muito mais caros. “Quando se deixa de prevenir doenças e promover melhor qualidade de vida, há conseqüentemente uma maior necessidade de aporte de recursos financeiros. Eu não estou dizendo que atenção primária é barata, pois ela tem que se basear principalmente na qualidade da sua força de trabalho. Precisa de sujeitos bem formados. Mas é muitíssimo diferente do custo de um hospital de alta complexidade”, compara Márcia.

No mundo, diversas pesquisas demonstraram que uma boa atenção primária é capaz de resolver de 80% a 85% dos problemas de saúde da população. Por aqui, há dez anos, o Ministério da Saúde estabeleceu uma lista de condições que, se tratadas de forma adequada na atenção primária, não chegam ao hospital. Entre 2001 e 2016, a taxa de internações diminuiu 45%, passando de 120 para 66 por cada grupo de 10 mil habitantes. Nas capitais, a redução foi de 24% e nos municípios do interior, chegou a 48,6%. A asma foi a condição de saúde mais impactada (76,6%), seguida por gastroenterites (66,5%) e doenças cardíacas e cerebrovasculares (57,3%). Os números foram levantados pelos pesquisadores Luiz Felipe Pinto, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e Ligia Giovanella, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz).

E não se trata só de economia de recursos financeiros, mas de menos sofrimento para a população. Num estudo de percepção social divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2011, a ESF foi o serviço mais bem avaliado do SUS. No Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% afirmaram que o atendimento é ruim ou muito ruim.

Luiz Augusto Facchini, coordenador da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde e professor da Universidade Federal de Pelotas, destaca que a ESF vai bem até em pesquisas mais “curiosas”. É o caso de um relatório do Banco Mundial lançado durante as eleições de 2018 e adotado informalmente por diversos candidatos à Presidência, que recomenda reformas para o SUS. “O documento propõe a privatização do Sistema Único, inclusive com ênfase na privatização da atenção primária para organizações sociais [OSs]. Mas o curioso é que conclui que justamente este, um dos poucos âmbitos do SUS com preponderante ação do setor público – uma vez que média e alta complexidade são serviços contratados [do setor privado], em sua maioria – é o mais eficiente”, relata. O organismo estimou que o nível de eficiência da atenção primária no Brasil é de 63%, enquanto o da média e alta complexidade fica bem abaixo, em 29%.

Por trás desses números, estão trabalhadores que contribuem todos os dias para que a saúde seja, de fato, um direito humano. E, apesar de muito invisibilizados, muitos deles são de ‘nível médio’: agentes, auxiliares e técnicos.

O médico

O fim da parceria entre Cuba e Brasil no programa Mais Médicos dominou o noticiário em novembro e dezembro do ano passado. A repercussão mostrou que a população e os próprios gestores públicos reconhecem a importância desse profissional para a garantia do bem-estar e da saúde. De outro lado, como também revelou a crise, sua presença na atenção básica não está consolidada. E seu papel na Saúde da Família nem sempre é cumprido de acordo com os princípios dessa estratégia. “Se a atenção primária é a porta de entrada no SUS, não adianta ter por lá um profissional que só está preocupado com incorporação tecnológica. Isso gera um monte de stent desnecessário para pacientes de baixo risco cardiovascular, próteses de quadril desnecessárias para pessoas que teriam mais benefícios com atividades físicas e práticas integrativas para tratar suas artroses. Sem falar na prescrição desenfreada de alguns

medicamentos, como a estatina. Se o médico está preocupado com a doença, com certeza vai negligenciar as dores do povo brasileiro que estão se avolumando e aparecem no nosso cotidiano”, observa Stephan Sperling, que também atua como médico da Estratégia Saúde da Família no bairro Jardim São Jorge, localizado na zona oeste de São Paulo. E acrescenta: “O cuidado centrado em pessoas é essencial para a atenção primária. O médico de família não é especialista em um órgão, ou em uma condição, mas em relacionamentos”.

Um importante desafio que o Brasil quis enfrentar com a criação da Saúde da Família é a superação da histórica dominância desse profissional. No dia a dia de uma unidade básica de saúde, o cuidado da população precisa ser compartilhado por todos os trabalhadores da equipe. “É essencial o médico de família entender que o cuidado e a clínica não pertencem a ele. O usuário é muito mais complexo e só o olhar médico não vai dar conta das suas questões de saúde”, reforça Stephan. Para isso, o processo de trabalho precisa ser horizontal. Ele conta que não é incomum que profissionais de nível superior com uma “pegada” hospitalar interrompam os trabalhadores técnicos nas reuniões de equipe, em que se relatam os casos. “Na atenção básica nossa preocupação não pode se limitar ao diagnóstico. As pessoas são diferentes e têm relações diferentes com as suas doenças e com seus processos de cuidado. Então, vamos deixar o agente comunitário falar até o final? Com seu conhecimento da pessoa, da família e da comunidade, ele pode indicar questões muito mais importantes para o cuidado de uma osteoartrose do que aplicação de remédio na articulação”, exemplifica.

O cuidado compartilhado deve estar expresso na organização da rotina do serviço. Stephan revela que, na sua unidade de saúde, a marcação de consultas não é feita com o médico, mas com a equipe. “Um dia é com médico, outro com enfermeiro e vai dividindo”, diz. E, lá, a visita domiciliar não é atribuição de um único profissional, mas de todos. No país, cada equipe é responsável, em média, por 3.450 pessoas. No local onde Stephan trabalha, o número é ligeiramente maior: 3,6 mil. Por isso, explica, se estabelecem prioridades: pacientes acamados, com quadro de saúde mental que dificulte a saída de casa, como a demência, e idosos que moram sozinhos. De acordo com ele, a literatura internacional preconiza que o ideal é que cada equipe seja responsável por 2,5 mil pessoas. Por aqui, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), esse número pode variar de dois a 3,5 mil o que, na avaliação de Stephan, acaba jogando as médias para cima e prejudicando a população de diversas formas: dificultando o acesso, o agendamento de consultas de retorno e o acompanhamento de casos complexos, por exemplo.

E como o médico faz a diferença na vida das pessoas? “As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortes no mundo todo. Também há evidências de que áreas de pobreza são locais onde essas enfermidades são mais prevalentes. Ter um médico que saiba indicar os rastreamentos de glicemia de jejum, colesterol, triglicérides e função renal faz diferença. Conduzir bem um episódio de pressão alta, orientar a respeito de obesidade muda indicador de mortalidade e muda internação sensível por atenção primária”, responde Stephan.

Enfermagem

A enfermagem é a maior força de trabalho do SUS e a segunda mais numerosa na Estratégia Saúde da Família, onde está presente por meio de três trabalhadores: o enfermeiro, o técnico e o auxiliar. Carlos Leonardo Cunha, professor da Universidade Federal do Pará e vice-diretor da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abefaco), explica que o enfermeiro possui funções que incluem o acolhimento dos usuários com escuta qualificada, passam pelo planejamento, gerenciamento, avaliação e supervisão das ações dos técnicos e auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde e de combate a endemias, além do atendimento propriamente dito, com consultas. O auxiliar tem escolaridade de nível fundamental e o técnico, de nível médio. E esta, de acordo com ele, é a principal distinção entre ambos, que realizam procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, sempre sob supervisão do enfermeiro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a maioria dos municípios brasileiros poderia aumentar a cobertura de pré-natal se adotasse as chamadas práticas avançadas de enfermagem. Carlos explica que essa discussão não é nova: surgiu na década de 1950, nos Estados Unidos, e foi se espalhando por diversos países, inclusive aqueles com sistemas públicos universais como Canadá, Espanha e Reino Unido. Por aqui, continua ele, desde 1986 a lei do exercício profissional dá respaldo para que o enfermeiro faça consultas, prescreva alguns medicamentos e peça certos exames. Os obstáculos, lista, vão desde a formação – que muitas vezes não o prepara para essas atribuições – a resistências corporativas, já que predomina o senso comum de que essa atuação substituiria o médico. “Ainda tem um desconhecimento geral, mas vários estudos mostram que as práticas avançadas aumentam a satisfação dos

usuários, melhoram o acesso e o atendimento”, afirma. Hoje, duas cidades concentram os exemplos dessas práticas: Florianópolis e Porto Alegre. “Por lá, existe a prática de enfermagem ampliada com protocolos estabelecidos”.

E como atenção básica se faz com pessoas, a formação é um assunto que tem rebatimento direto na qualidade dos serviços e, conseqüentemente, nos indicadores de saúde. Nesse sentido, alerta Carlos, ainda há muito o que avançar quando se pensa nos trabalhadores de nível médio da enfermagem. O problema começa na ausência de políticas públicas tocadas por instituições de Estado. É que 90% deles se formam em escolas privadas que, via de regra, não têm sintonia com o Sistema Único. O índice da categoria, como um todo, também é alto: 80%. “Em geral, esses trabalhadores chegam à atenção primária com a lógica do hospital”, resume. Por isso, diz, não é incomum que o técnico e o auxiliar acabem “isolados” na sala de vacina ou curativo, por exemplo.

Uma exceção são as 41 Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), instituições públicas ligadas aos governos estaduais e municipais, que já tiveram protagonismo nessa formação, principalmente a partir do Profae, projeto lançado pelo governo federal em 2000 com foco na profissionalização de 225 mil atendentes de enfermagem, trabalhadores que, então, faziam parte da categoria, mas não tinham nenhuma formação. Hoje, as ETSUS passam por dificuldades de financiamento (leia mais na Poli no 59).

Se a formação fosse diferente, ou houvesse educação permanente para esses trabalhadores, o vice-presidente da Abefaco acredita que eles poderiam se integrar de maneira mais orgânica, atuando no acolhimento, indo ao território fazer visitas domiciliares, analisando indicadores de saúde. “Isso prejudica a população porque um profissional formado na lógica biomédica vê a pessoa, mas não vê a família ou a comunidade, que são o foco da ESF. Muitas vezes, atende como se estivesse em um pronto-socorro”, lamenta. A Abefaco lançou um guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária em 2017 e trabalha, agora, num documento que oriente a atuação dos técnicos.

Mas num país continental e desigual como o nosso, destaca Carlos, o escopo de práticas do enfermeiro e dos trabalhadores de nível médio é muito dinâmico, varia de estado para estado. Nos lugares em que não se consegue fixar o médico, a enfermagem tem muito protagonismo. “Cabe ao enfermeiro diagnosticar doenças, como tuberculose e hanseníase, e iniciar o tratamento. A realidade do Rio é totalmente diferente do Pará. Quanto mais afastado o município, maior o escopo. Não existe uniformidade nas práticas da enfermagem”, relata ele, que atuou como enfermeiro na atenção básica em comunidades ribeirinhas e quilombolas do Maranhão. O Conselho Federal de Enfermagem prepara uma pesquisa nacional para conhecer esse cenário.

O agente comunitário

É ponto pacífico que o germe da Saúde da Família foi o PACS, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991. E, por sua vez, a atuação desse trabalhador como a conhecemos surgiu pouco antes da criação do SUS, no Ceará. “Desde a implantação do PACS, ele contribuiu para a mudança do perfil de morbidade e mortalidade, que são indicadores muito expressivos da qualidade de vida de um país. Diminuir mortalidade infantil, materna e mortes por causas evitáveis, como a diarreia, por meio de procedimentos muito simples como ensinar o soro caseiro, ampliar a imunização das crianças por meio da educação em saúde, são conquistas viabilizadas através do trabalho do agente comunitário”, conta Márcia Valéria Morosini.

No plano internacional, compara ela, existe um trabalhador semelhante ao agente comunitário. É o community health worker. Em vários países, ele está associado a estratégias de ampliação de cobertura e viabilização de acesso à saúde a grupos populacionais com alguma especificidade cultural ou em condições de pobreza. Mas não necessariamente está vinculado a um sistema público de saúde. “É essa característica que distingue o agente comunitário de seus pares estrangeiros. No Brasil, ele está inserido em uma política pública no contexto de um sistema universal de saúde. Por aqui, o agente não está só envolvido na ampliação de cobertura, mas num processo de expansão do direito à saúde visando a sua universalização”, explica a pesquisadora.

O agente comunitário de saúde cadastra as famílias, as localiza no território e contribui, com esse conhecimento, para o diagnóstico da situação de vida dessas pessoas. E, assim, ajuda a orientar a organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família. Além disso, acrescenta Márcia, por morar na comunidade, o agente tem acesso a determinados sofrimentos e singularidades da vida das pessoas das áreas em que atua que, de outra forma, estariam invisibilizados para os serviços de saúde. “Claro que a gente tem que tomar cuidado quando fala sobre isso porque se você não está munido de uma concepção ampliada de saúde pode simplesmente usar esse olhar para promover

medicalização, e isso a gente não quer”, alerta.

Saúde bucal

Desde 2000, os profissionais de saúde bucal – cirurgião-dentista, técnico e auxiliar – podem fazer parte da equipe de Saúde da Família e têm responsabilidade pela mesma população e território que o médico, o enfermeiro e os profissionais de nível médio que compõem o núcleo duro dessa estratégia. Sua atuação trouxe avanços importantes, conta Paulo Capel Narvai, professor da Universidade de São Paulo (USP). Um levantamento do Ministério da Saúde de 1986 mostrou que a prevalência de cáries em crianças de 12 anos era de 6,7. Ou seja, ao chegar nessa idade, praticamente sete dentes estavam cariados no momento do exame ou tinham sido restaurados e mesmo extraídos antes. Em 2010, essa média caiu para 2,1. Por outro ângulo, o quadro também evoluiu quando se pensa em crianças que nunca tiveram cárie na vida. “Houve uma inversão brutal: elas representavam entre 10% e 15% do total em 1986. No último levantamento, em algumas regiões, era metade das crianças”, diz.

De acordo com Narvai, um tripé produziu essa alteração no perfil epidemiológico: fluoretação da água, adição de flúor em cremes dentais e a mudança nas características dos programas de saúde bucal. Antes do SUS, o acesso era muito restrito. “Melhorou bastante, embora ainda seja aquém das necessidades da população”, constata o pesquisador. Se a ESF cobre 65% da população, o número diminuiu para 41% quando se olha para as equipes de saúde bucal. Nas regiões metropolitanas, as médias pioram e patinam nos 30%, observa ele. Anteriormente, as ações se resumiam a restauração e extração dentária. “Essa ênfase foi deslocada gradativamente para as ações coletivas ligadas à prevenção de cárie, aplicação de flúor, orientação de escovação e dieta”, lista.

O próprio conceito de equipe de saúde bucal, acrescenta, nasce com o SUS, no contexto da Reforma Sanitária. Até meados dos anos 1980, predominava o modelo da odontologia escolar: dentistas tinham consultório em colégios, onde faziam restaurações e extrações. Às vezes davam palestras para as crianças. “O dentista, sozinho, também atendia em centros de saúde gestantes ou participantes daqueles programas clássicos de saúde pública, voltados para doenças como tuberculose e hanseníase. E o dentista do posto de assistência previdenciária também atuava sozinho. Às vezes, havia alguém o auxiliando, um atendente de enfermagem sem formação específica que lavava, secava, colocava os materiais para esterilizar, ajudava em algumas coisas do consultório, tinha pouquíssimas funções clínicas, às vezes nenhuma. Seu papel era basicamente manter o espaço limpo”, relembra.

Esse modelo já era muito criticado na época. Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, o grupo que analisou a saúde bucal propôs que o sistema público de saúde deveria formar e incorporar profissionais de nível médio, como auxiliares e técnicos. Mais tarde, conta Narvai, experiências em municípios como Curitiba, Santos e Recife mostraram que havia um ganho importante para os programas de saúde bucal quando havia a participação de profissionais de nível médio. “Surge um movimento para regularizar o exercício profissional que deságua numa lei sancionada no fim do segundo governo Lula”, conta. Para o professor, embora a regulamentação tenha colocado num outro patamar os enfrentamentos nessa área, ainda hoje há resistência por parte de muitos cirurgiões-dentistas em relação a essa atuação. “Menos do auxiliar e mais do técnico. Em muitos programas, o técnico acaba tendo muitas das suas funções perdidas”, lamenta.

Ele explica que o auxiliar tem grande importância no trabalho clínico, atuando bem perto do profissional de nível superior. Já o técnico, além de trabalhar no contexto da assistência, está qualificado para desenvolver uma série de ações em locais diversos, como aplicação de substância anticárie e orientar a escovação para resolver problemas como gengivite. “Esse trabalho precisa ser planejado, organizado, executado e avaliado pelo conjunto da equipe, e pode ser desenvolvido em creches, escolas, centros comunitários variados, onde a comunidade se reúne”, explica.

Profissionais de nível médio têm atuação importante na prevenção de agravos na saúde bucal. Neste ano, o Instituto Nacional de Câncer (Inca) estima que surjam 11,2 mil casos novos da doença na cavidade oral em homens e 3,5 mil em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos novos a cada cem mil homens, ocupando a quinta posição; e de 3,28 para cada cem mil mulheres, sendo o 12º mais frequente entre todos os cânceres. Os últimos dados oficiais de óbitos são de 2016, quando 6.088 pessoas morreram por causa da doença. “É um gravíssimo problema de saúde bucal, que mata em todas as classes sociais, e no país inteiro, muito ligado ao tabagismo e ao consumo de bebidas alcoólicas. Mas trata-se também de uma doença que pode ser diagnosticada precocemente e, se tratada de modo oportuno, ter uma evolução positiva. Agentes comunitários e auxiliares de saúde bucal bem treinados em sistemas de saúde organizados podem e evitam desfechos desse tipo”, destaca.

Ameaças

Além das dificuldades intrínsecas à reorientação do modelo assistencial e de problemas históricos, e mais gerais, como o subfinanciamento do SUS, a Saúde da Família chega aos 25 anos sob algumas ameaças. Uma delas é a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de setembro de 2017, citada por todos os entrevistados desta reportagem. São muitas as críticas (você pode ler mais na Poli no 53, que tratou do assunto na capa). Mas talvez a principal delas seja o fato de o governo federal ter passado a financiar outros arranjos de atenção primária feitos pelas prefeituras país afora. Ou seja, a Estratégia Saúde da Família continua existindo. Mas pode perder espaço, já que os gestores podem acessar recursos independentemente da adoção da ESF ou de equipes de saúde ‘tradicionais’.

Isso ganha outra dimensão diante da Emenda Constitucional 95, que congela os investimentos federais até 2036. E das crises fiscais de estados e municípios. Também na opinião dos entrevistados, a confluência desses dois fatores já está acontecendo em pelo menos um lugar: o Rio de Janeiro. Em outubro, a prefeitura apresentou um plano de “reorganização” da atenção básica em que foram extintas 239 equipes de Saúde da Família e 55 de saúde bucal. As demissões devem cortar aproximadamente 1,5 mil trabalhadores. O secretário da Casa Civil, Paulo Messina, foi o porta-voz e explicou em audiências públicas e para a imprensa que a decisão foi tomada com base em critérios socioeconômicos e de produtividade. Assim, os cortes teriam recaído sobre equipes de lugares que supostamente não teriam populações tão vulneráveis e apresentariam, em termos quantitativos, performance pior. A capital foi uma das que mais avançou na cobertura da ESF: passou de 3,5% em 2009 para 68% em 2016.

Paulo Capel Narvai chama atenção para outro exemplo. Na cidade de São Paulo, no início de 2016, havia 2.020 cirurgiões dentistas. No final de 2017, depois de demissões, esse número caiu para 1.942, uma redução de quase 4%. Até junho de 2018, houve mais perdas: chegamos a 1.912. A quantidade de primeiras consultas odontológicas – um indicador importante, pois é quando ocorre o acesso e é feito o plano preventivo terapêutico que dispara o tratamento – caiu 18% em 2017 na comparação com 2016. Tudo isso, segundo a prefeitura, também faz parte de uma “reestruturação” desses serviços. “Quando o movimento precisa ser o contrário, já que temos um déficit de cobertura. Deveríamos ter, em cidades como Rio e São Paulo, um esforço estratégico para aumentar o número de profissionais. Mas não estamos conseguindo nem manter o que temos”, denuncia o professor da USP.

Falando em manutenção, outro fato que preocupa é o fim da parceria entre Cuba e Brasil no programa Mais Médicos. Luiz Augusto Facchini lembra que um ponto de inflexão na Saúde da Família aconteceu depois da criação do programa, em 2013. Naquele ano, a Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE, constatou cobertura de 56,2% dos brasileiros, por 35 mil equipes. “Isso porque no início, a Saúde da Família se expandiu muito, houve novo fôlego a partir de 2005 com um programa de investimento voltado para capitais e cidades com mais de cem mil habitantes. Mas depois houve uma certa desaceleração relacionada com a escassez de profissionais médicos. Entre 2011 e 2013, o crescimento foi modesto, na ordem de 2% ao ano. Só voltou a ter um impulso marcante com o programa Mais Médicos”, explica.

A partir daí, continua ele, foi possível estabilizar equipes que estavam implantadas, mas nas quais havia uma rotatividade muito grande. “Médicos entravam e saíam e, conseqüentemente, não construíam vínculo com os usuários. Era a realidade de pelo menos 30% das equipes da Saúde da Família. Além disso, passamos em quatro anos de 56% para 65% de cobertura. Foi um salto importante”, relata. Agora, não se sabe se o problema da fixação desses profissionais, e mesmo do provimento para locais muito distantes, como terras indígenas, vai voltar. “Esse é um problema que pode agravar”, alerta Facchini. Até o fechamento dessa revista, de um total de 8.517 vagas, apenas 5.972 havia sido preenchidas por médicos brasileiros. Nos cálculos de integrantes da Rede de Pesquisa em Atenção

Primária à Saúde, por todos os benefícios já mostrados, inclusive em relação à economia de recursos, o ideal seria ampliar a Saúde da Família. Para chegar a 75% da população, seriam necessárias por volta de sete mil novas equipes com médicos, dentistas, enfermeiros e profissionais de nível médio.

No ano passado, um marco histórico recolocou a importância desses investimentos na agenda global. Isso porque a Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde completou 40 anos em setembro. O resultado daquele encontro realizado em 1978 no Cazaquistão foi a Declaração de Alma-Ata, documento que inspirou a construção de sistemas públicos baseados no princípio do direito à saúde, como o SUS, e sua organização a partir de estratégias como a Saúde da Família. Em outubro, outra conferência, desta vez realizada em Astana, também no Cazaquistão, se dedicou ao tema. O Brasil foi o país mais citado e elogiado ao longo do encontro. Graças à ESF.

Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-360 - Tel.: (21) 3865.9797

"Este Portal é regido pela Política de Acesso Aberto ao Conhecimento, que busca garantir à sociedade o acesso gratuito, público e aberto ao conhecimento de toda obra intelectual produzida pela Fiocruz. O conteúdo deste portal pode ser utilizado para todos os fins não comerciais, respeitados e reservados os direitos morais dos autores. Equivalente à CC-NY-BC"

Página: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/mais-perto-das-pessoas>

Links

[1] <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/tag/saude-da-familia>

[2] <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/tag/sus>