

Os 25 anos da Saúde da Família na Saúde Pública no Brasil

The 25 years of Family Health in Public Health in Brazil

Reinaldo José Gianini¹, Maria Carolina Pereira da Rocha¹, Fabio Miranda Junqueira¹

Atenção Primária à Saúde (APS) é uma forma de organização contínua e sistematizada dos sistemas de saúde por meio do fornecimento de cuidados ao longo da vida das pessoas, das famílias e das comunidades. Quando bem organizada, é capaz de dar conta da maior parte das necessidades curativas e preventivas da população. Países com melhores resultados em saúde são aqueles que têm uma APS forte em todos os seus atributos: acesso, longitudinalidade, integralidade e boa coordenação do cuidado na rede (WONCA). O modelo integral de redes de saúde foi proposto por Dawson na Inglaterra, em 1920, em contraponto ao modelo especializado e fragmentado proposto por Flexner (EUA, 1910). No Brasil, o acesso universal e gratuito à saúde é previsto desde a Constituição de 1988, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada ao sistema data de 1993, inserida de modo descentralizado (municipalizado) e partindo de um sistema de saúde focado em especialidades, ambulatórios e hospitais em um país no qual parte da população, geralmente a mais privilegiada financeiramente, recebe cuidados no sistema privado seguindo a mesma lógica biomédica, fragmentada, curativa e hospitalocêntrica.

Ao longo desses 25 anos de história, a ESF ainda se apresenta de forma muito diversa nos municípios brasileiros, enfrentando resistência, estrutura precária e confusões no entendimento de suas atribuições. Na saúde privada, há alguns anos se vê um movimento no sentido de organizar o serviço a partir da APS.

Juan Gérvas e Mercedes Pérez-Fernández, em 2011, fizeram um relatório sobre a ESF no Brasil após visitarem 70 centros de saúde em 32 cidades de 19 estados, entrevistando mais de 500 profissionais nessas unidades. As maiores deficiências encontradas por eles foram: falta de provisão de uma ampla gama de serviços curativos e preventivos, “normais” e urgentes, nas unidades de saúde ou nos domicílios, o que explica, entre outras coisas, em conjunto com as “listas de espera”, a implacável implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o sucesso dos diferentes “planos privados de saúde” e “clínicas populares”; fraca coordenação entre níveis de atendimento, com duplicação frequente de serviços; carência de médicos de família qualificados para cobrir todas essas posições; falta de desenvolvimento de equipes funcio-

nais nas quais os papéis e responsabilidades são delegados para que cada profissional enfrente casos complexos adequados à sua formação; ausência de uma política para a promoção do trabalho em tempo integral; falta de uma carreira profissional no Estado; e fraca política de treinamento e inserção da medicina familiar no ensino e no cuidado.¹

A atenção primária como cenário obrigatório de prática passa a aparecer nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Medicina a partir de 2001. Nas DCNs de 2014, a partir do eixo educacional do programa Mais Médicos para o Brasil, a APS aparece ainda mais forte com a obrigatoriedade de que 30% das atividades do internato sejam feitas entre APS e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS) (mais da metade desses 30% em APS) e que o foco do ensino de APS seja a Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Na prática, a aplicação dessas diretrizes ainda acontece de forma bastante heterogênea. Neste volume da revista, contamos com três artigos produzidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Sorocaba que mostram alguns dos benefícios e desafios da presença da universidade nos cenários de atenção primária.²⁻⁴

APS forte, segundo Gérvas, se faz a partir do momento em que médicos de família, enfermeiros e outros profissionais primários têm apreciação social e profissional, bem como treinamento à altura que lhes permita serem polivalentes e decisivos; são ativos na pesquisa; recebem remuneração adequada; oferecem acessibilidade com flexibilidade, incluindo serviços domiciliares necessários; trabalham em um sistema de saúde que lhes fornece meios e tempo adequados e que favorece o seu papel como coordenador do cuidado através da cooperação com toda a rede de saúde, como também oferece mais e melhor longitudinalidade com menos rotatividade de pessoal, e promove serviços adequados para pessoas e populações. Ademais, a comunidade precisa reconhecer esses profissionais como sua principal fonte de cuidados e passar a ser capaz de promover sua própria saúde.⁵

Desde a criação do SUS, felizmente, o modelo de atenção primitiva à saúde, restrito ao atendimento das urgências, controle de epidemias e assistência materno-infantil, tem sido substituído pelo modelo de APS. No entanto, trata-se, ainda, de uma atenção primária seletiva: procedimentos básicos para

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Maria Carolina Pereira da Rocha – Rua Profª Zélia Dulce de Campos Maia, 269, apto. 86 – Jardim Vergueiro – CEP: 18040-580, Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: mcrocha@pucsp.br

a população mais carente. Há um longo caminho a percorrer para que no futuro tenhamos um modelo universalista clássico — “toda atenção necessária a toda a população”, conforme prega nossa Constituição Federal. Ou, numa visão mais realista, pelo menos “atenção essencial à saúde de alta qualidade para todos”, segundo o “novo universalismo” do qual Reino Unido e Canadá são exemplos. A ESF é parte do esforço para que alcancemos o universalismo. Temos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, por meio de suas visitas domiciliares, promovem orientação familiar e comunitária, atributos derivados da APS; o Plano Terapêutico Singular (PTS), que contribui para a construção das ações intersetoriais; e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que colaboram na consolidação da integralidade.⁶

A evolução do nosso sistema de saúde depende da crítica e do conhecimento gerados por estudos sobre a ESF, como os apresentados nesta edição. Dessas informações, quando bem divulgadas, se alimentam os Conselhos de Saúde, que exercem a função de controle social.⁶

REFERÊNCIAS

1. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Uma atenção primária forte no Brasil: relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família [Internet]. 2011 [acesso em 09 fev. 2018]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf
2. Moretti MCMS, Ruy ABAB, Saccomann ICR. A compreensão da terapêutica medicamentosa em idosos em uma unidade de saúde da família. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(1):7-12. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i1a3
3. Almeida JS, Almeida JM. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de família. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(1):13-7. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i1a4
4. Toledo GM, Penna PSOP, Ribeiro LMA. Duração e frequência de consultas médicas e sua influência no tempo de aleitamento materno em uma unidade básica de saúde. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(1):23-8. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i1a6
5. Gérvas J. Cómo mejorar el sistema sanitario (con atención primaria fuerte) [Internet]. 2017 [acesso em 09 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.actasanitaria.com/como-mejorar-el-sistema-sanitario-con-atencion-primaria-fuerte/>
6. Gianini RJ, Traynor M. Questões ideológicas de equidade na atenção à saúde no Brasil: um estudo do período de 1993 a 2000. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* [Internet]. 2006 [acesso em 09 fev. 2018];8(2):11-7. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/364/306>

Como citar este artigo:

Gianini R, Rocha MCP, Junqueira FM. Os 25 anos da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2018;20(1):1-2. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i1a1