

## O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão

The Family Doctor Program in Niterói: An Agenda for Reflection

Mônica T. Machado Mascarenhas<sup>1</sup>  
Celia Almeida<sup>2</sup>

Recebido em 10/11/01  
Aprovado em 05/04/02

<sup>1</sup> Veterinária, mestre em educação e doutoranda da área de políticas públicas de saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, professora da Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde da Comunidade, Depto. de Planejamento

Hospital Antonio Pedro  
R. Marquês de Paraná, s/n, 3º andar,  
prédio anexo  
CEP 24030-215 – Niterói – RJ  
e-mail: monica.tereza@ig.com.br

<sup>2</sup> Médica, mestre em medicina social e doutora em saúde pública, professora e pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

R. Leopoldo Bulhões, 1480, sala 722.  
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ  
e-mail: calmeida@ensp.fiocruz.br

### RESUMO

*O artigo aborda aspectos sobre a mudança do modelo assistencial, a partir da implementação do Programa Saúde da Família. Resgata a história do Programa Médico de Família de Niterói (PMFN) e propõe elementos que ajudam essa reflexão. É apresentado um histórico dos antecedentes do PMFN; descrevem-se as principais diretrizes; resumem-se dados disponíveis sobre sua implantação e a relação com os serviços locais de saúde; discutem-se alguns dos problemas que emergem com sua implantação e conclui apontando questões que merecem pesquisa e investimento. Espera-se contribuir para a reorganização de serviços de saúde e estimular o desenvolvimento de estudos que subsidiem a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).*

DESCRITORES: Médicos de Família; Programa Saúde da Família; Prestação de Cuidados de Saúde; Brasil; Política de Saúde.

### ABSTRACT

*This article deals with the assistance model changes caused by the implementation of the Family Doctor Program. It tells this program's history in Niterói, proposing helpful elements for discussion. The article also presents a history of the program's precedents, its main guidelines and a summary of the available data about its implementation and its relation to other local health services. Some of the problems concerning its implementation are also discussed, from what can be concluded that certain questions still deserve greater research and investment. With this article we hope to contribute to the reorganization of health services, encouraging the development of further studies about the implementation of Brazil's Single Health System, SUS.*

DESCRIPTORS: Physicians Family; Family Health Program; Delivery of Health Care; Brazil; Health Policy.

## INTRODUÇÃO

O desafio de construir novos modelos de atenção à saúde que materializassem o ideário reformador de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) levou muitos municípios brasileiros a questionar a forma hegemônica de organização dos serviços de saúde e seus processos de trabalho e a desenvolver inovações que superassem os problemas identificados.

Além das dificuldades de acesso e de falta de atendimento às necessidades da população, problemas comuns aos sistemas de saúde em nível local, vários autores analisam criticamente as principais características do modelo assistencial em saúde hegemônico, centrado na assistência médica, fragmentada e especializada, que tem nos hospitais seu *locus* privilegiado de atenção, sem se articular com outras práticas terapêuticas ou racionalidades não médicas. Além disso, não organiza adequadamente a oferta de serviços e não avalia sistematicamente o resultado e efetividade das ações do sistema de serviços sobre a saúde da população (MENDES, 1994; SILVA JR., 1998; MERHY, 1997; CAMPOS, 1991, 1992; SCHRAIBER *et al.*, 1999; SCHRAIBER, 1996).

Na perspectiva de superar essa problemática, o município de Niterói, no Rio de Janeiro, acumulou experiências nas últimas três décadas que o projetaram no cenário nacional como inovador na reorganização de seu sistema de saúde local.

Desde 1992, vem se destacando nesse processo o desenvolvimento do Programa Médico de Família (PMFN) como estratégia de construção de um modelo assistencial mais adequado às diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Essa preocupação não é nova no sistema de saúde brasileiro. Pode-se dizer que várias experiências de Medicina Familiar ou de Saúde da Família desenvolvidas desde os anos 70, em diferentes lugares, foram ini-

---

VÁRIOS AUTORES ANALISAM  
CRITICAMENTE AS PRINCIPAIS  
CARACTERÍSTICAS DO MODELO  
ASSISTENCIAL EM SAÚDE HEGEMÔNICO,  
CENTRADO NA ASSISTÊNCIA MÉDICA,  
FRAGMENTADA E ESPECIALIZADA

---

ciativas representativas de estratégias de reorganização da atenção básica em nível local (AGUIAR, 1998). E a 'Saúde da Família', como proposta nacional para o SUS, surge inicialmente em 1993, sob a forma de mais um Programa do Ministério da Saúde – o Programa Saúde da Família (PSF) – tornando-se, com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), um recurso estratégico de política nacional para a mudança do modelo assistencial vigente no país.

O PSF foi criado com características um pouco diferentes daquelas dos programas que o antecederam, mas a estratégia de Saúde da Família, ou do Médico de Família, tem como proposta a superação do modelo assistencial, almejando facilitar o acesso aos serviços de saúde e fornecer um atendimento personalizado, de forma mais acolhedora, mantendo uma relação de vínculos diretos com a clientela e estabelecendo responsabilidades com relação à manutenção da saúde daquela comunidade.

Ao atuar, a equipe profissional do PSF procuraria observar os problemas de saúde trazidos pela população ou buscá-los ativamente na comunidade, procurando resolvê-los não só pela ótica biológica, mas também levando em consideração os aspectos psicológicos e sociais. Pretende-se assim, avaliar os indivíduos e as coletividades envolvidas no programa utilizando os conhecimentos clínicos e epidemiológicos, bem como o das ciências sociais. Advoga-se que a clínica pode ser ampliada em sua capacidade de escuta com elementos da psicanálise e da psicologia. O programa ofereceria ainda atenção integral através de ações preventivas, promocionais, tratamento e de recuperação da saúde, buscaria articular os diversos recursos e níveis de assistência existentes, integrando-os na atenção ao paciente, evitando a fragmentação do cuidado e a desorientação do paciente na busca dos recursos. Racionalizaria o uso das tecnologias, incorpo-

rando-as de forma crítica conforme a necessidade. Estimularia ainda a autonomia dos pacientes/cidadãos e o auto-cuidado.

Este ensaio objetiva resgatar a história do PMFN e pontuar aspectos que merecem aprofundamento de estudos no sentido de validá-lo, ou não, como estratégia promotora de mudanças no modelo assistencial em saúde. Na primeira parte é apresentado um histórico dos antecedentes do programa; na segunda, descrevem-se as suas principais diretrizes; na terceira e na quarta apresentam-se alguns dados disponíveis sobre sua implantação e a relação com a rede de serviços locais de saúde; finalmente, discute-se criticamente alguns dos principais problemas que emergem com a implantação do programa e finaliza-se apontando algumas questões que merecem ser objeto de pesquisa.

Espera-se, com esse estudo preliminar, contribuir para a resolução do problema referente à reorganização dos sistemas de serviços de saúde em nível local e estimular o desenvolvimento de estudos específicos e reflexões que visem superar lacunas de conhecimento e que subsidiem a implantação do SUS.

#### A HISTÓRIA DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI (PMFN)

O município de Niterói vem se destacando no cenário nacional por sua participação ativa nos processos de discussão em torno das ino-

vações institucionais e das mudanças no modelo assistencial à saúde em nível local, fundamentalmente centradas na reestruturação da rede básica de atenção. Desde o final da década de 70 vem desenvolvendo propostas com esse fim, a partir de várias iniciativas:

- constituição da rede municipal de saúde inspirada na estratégia de Atenção Primária preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977);

---

ESPERA-SE, CONTRIBUIR  
PARA A RESOLUÇÃO DO  
PROBLEMA REFERENTE À  
REORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS  
DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
EM NÍVEL LOCAL

---

- implementação do projeto das Ações Integradas de Saúde (Projeto Niterói), no período 1982 a 1987, que propunha articular várias instituições prestadoras de serviços numa rede hierarquizada de atenção em nível local;
- implementação do processo de municipalização e criação dos Distritos Sanitários; e
- implantação do PMFN, desde 1992.

Em 1979, a Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de Niterói (SMSPS) promoveu o II Encontro Municipal do Setor Saúde, que se caracterizou como um evento histórico ao reacender os debates em torno das políticas municipais de saúde (GOULART, 1996). Nesse contexto, o então Secretário de Saúde do município e sua equipe elaboraram o Plano de Ação para o setor municipal (1977-80), que propunha a extensão de cobertura em bairros periféricos, até então não cobertos por serviços de saúde, a partir da implantação de uma rede básica de serviços e utilização de agentes de saúde, priorizando a atenção primária.

Desde meados da década de 70 essa dinâmica é concomitante com a atuação, no município, de movimentos reivindicativos organizados por profissionais de saúde de várias instituições (Universidade Federal Fluminense – UFF, Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social – INAMPS, Secretaria Estadual de Saúde e Higiene - SESH e SMSPS de Niterói) e grupos comunitários ligados à Federação de Associação de Moradores de Niterói (FAMNIT), que denunciavam as más condições de vida da população e as mazelas do sistema de saúde. Esses movimentos desenvolviam experiências pontuais de integração de serviços de saúde-comunidade-universidade, constituindo foros de discussão e articulação política no município ligados ao chamado “Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira” (Esco-

REL, 1999; SILVA JR.; OLIVEIRA, 1994). Essas experiências, entre outras, serviram de base para a reestruturação de instituições locais e para a formulação das propostas de Reforma Sanitária em âmbito nacional na década de 80 (NOVAES, 1990; MARSIGLIA, 1995; MARINS *et al.*, 1992; O'DWYER *et al.*, 1993; SILVA JR. *et al.*, 1996).

Em 1989, uma coligação de partidos encabeçada pelo PDT elegeu o novo prefeito de Niterói, que convidou para o cargo de Secretário Municipal de Saúde o até então Secretário Executivo do Projeto Niterói, profissional que ativamente militava no movimento sanitário local. Grande parte dos técnicos que exerciam funções nos grupos de trabalho desse projeto assumiram cargos na Secretaria Municipal de Saúde, promovendo o encaminhamento do processo de municipalização da saúde e a reorganização do sistema local, respaldados pelas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela Constituição Federal de 1988. Foi então criada a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN), em 1989, para tentar agilizar um processo de reestruturação do sistema local de saúde.

Essas propostas traziam o desafio de construção de um modelo de assistência que modificasse a situação de precariedade e desigualdades existentes nos serviços de saúde, tornando-os mais eficazes, eficientes e igualitários, viabilizando mudanças na organização e na qualidade da

atenção. Essas mudanças seriam baseadas no perfil epidemiológico e nas necessidades da população local, pretendendo-se também a superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas. Desde então já se destacava a necessidade de mudança no modelo de assistência e a dificuldade de acesso de algumas comunidades aos serviços existentes, propondo-se a adscrição de clientela aos médicos de família ligados às Unidades Básicas.

---

DESTACAVA-SE A NECESSIDADE DE MUDANÇA NO MODELO DE ASSISTÊNCIA E A DIFICULDADE DE ACESSO DE ALGUMAS COMUNIDADES AOS SERVIÇOS EXISTENTES, PROPONDO-SE A ADSCRICÃO DE CLIENTELAS AOS MÉDICOS DE FAMÍLIA LIGADOS ÀS UNIDADES BÁSICAS

---

Ainda em 1990, foram iniciados contatos e trocas de experiência entre profissionais de saúde de Cuba e de Niterói, concretizados em 1991, com a visita a Cuba do então Prefeito de Niterói e do Secretário Municipal de Saúde. A partir de então Niterói passou a contar com a assessoria técnica permanente do diretor do hospital Policlínico Lawton - Havana/Cuba, para a elaboração de uma proposta baseada no modelo do Médico de Família cubano. Foi então estruturada

uma equipe de coordenação municipal, composta pelo Superintendente de Ações Integradas de Saúde da FMSN e pelo assessor cubano, diretamente ligada ao gabinete do Secretário de Saúde (PMN, 1997. p. 6). Para implementar a proposta foi destacado que não se tratava de mera transposição do modelo cubano, sendo ressaltada sua adaptação à realidade do município de Niterói, a partir da análise de indicadores operacionais e epidemiológicos.

Essa cooperação técnica com Cuba veio reforçar algumas concepções que estavam na pauta do processo de discussão do Sistema Local de Saúde de Niterói, tais como:

- *adscrição de clientela* num espaço geofísico local, onde a equipe identificaria grupos populacionais em situação de risco, no próprio processo de aproximação e conhecimento da comunidade;
- criação de uma *nova relação entre os serviços de saúde e os usuários*, desenvolvendo uma prática sanitária responsável e que influenciasse os níveis de saúde de uma determinada população;
- *complementaridade das Unidades Básicas de Saúde (UBS)* que, como porta de entrada do sistema, poderiam organizar espaços regionalizados e redes hierarquizadas de atenção, construindo-se Distritos Sanitários, aglutinando-se equipamentos e promovendo articulação de

ações básicas de promoção, prevenção e recuperação à saúde;

- *integralidade das ações*, facilitando o acesso da população à tecnologia de ponta disponível no sistema de saúde, numa ação contínua de acompanhamento, através da referência e contra-referência.

Em 1990, começaram a ser estruturados os três Distritos Sanitários de Niterói (Norte, Leste e Centro-Sul), que reorganizaram a rede de unidades de saúde municipalizadas de forma descentralizada. Entretanto, em 1995 foram desativados, aparentemente por problemas referentes à falta de controle que essa descentralização precoce havia produzido.

O PMFN foi formulado em 1991 a partir de alguns pressupostos em relação ao impacto de sua implantação (PMN, 1997, p. 8): melhoria da qualidade da atenção básica; estímulo do trabalho em equipe e qualificação dos profissionais através de supervisores especialistas; compromisso ético dos profissionais de saúde e usuários; vínculo efetivo e de confiança entre profissionais e usuários; resgate do 'saber popular', no qual os usuários e profissionais refletissem suas práticas e coletivamente buscassem a transformação integral da qualidade de vida da população; e avaliação do programa com critérios quantitativos (indicadores epidemiológicos e operacionais) e qualitativos (avaliação de acessibilidade aos serviços de saúde e satisfação do usuário, reuniões de setor).

O programa foi implantado no município de Niterói, Rio de Janeiro, a partir de 1992 e vem sendo mantido, até o momento, por três gestões administrativas consecutivas conduzidas pelo mesmo partido no governo (PDT), o que lhe conferiu considerável estabilidade institucional. A sua implementação é uma experiência inovadora que busca a reorientação das ações de saúde em nível local apoiada nas diretrizes do SUS (universalização, equidade, integralida-

---

A PROPOSTA DO PMFN ESTÁ FUNDAMENTADA  
NA CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA  
INTERDISCIPLINAR BASEADA NO MODELO  
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, ESTRUTURADO  
EM TRÊS PONTOS: TERRITÓRIO, VÍNCULO  
ENTRE SERVIÇO, PROFISSIONAL E  
COMUNIDADE, E INTERSETORIALIDADE

---

de e participação social) e na reorganização da atenção básica. Busca contribuir para a reorientação do modelo local de atenção à saúde, ampliando a cobertura a áreas previamente desassistidas e rearticulando a hierarquização da rede segundo níveis de atenção.

DIRETRIZES DO PMFN

A proposta do PMFN está fundamentada na construção de uma prá-

tica interdisciplinar baseada no modelo de Vigilância em Saúde, estruturado em três pontos: território, vínculo entre serviço, profissional e comunidade, e intersectorialidade (MENDES, 1987). O *território* é pensado enquanto *processo*, onde estão explícitas as relações que se estabelecem entre atores num espaço geofísico determinado, espaço este de pactuação e conflito em torno de interesses e necessidades. O *vínculo* é a base fundamental do trabalho, sendo necessário conhecer e construir uma relação estreita, com laços fortes de confiabilidade, que permita o conhecimento das necessidades e dos problemas de saúde da população. A *intersectorialidade* é a cooperação entre setores, sendo o caminho possível para responder às questões que interferem diretamente na saúde, favorecendo a participação da população e a promoção da saúde.

Na sua formulação o PMFN propõe algumas inovações no modelo de gestão, no processo de trabalho e na concepção de equipe multiprofissional.

Quanto ao *modelo de gestão*, através do Decreto Legislativo 17/92-DO RJ, 16 de agosto de 1992, a Associação de Moradores é co-gestora do programa com a Prefeitura Municipal. Cabe às Associações de Moradores a contratação dos recursos humanos necessários, pagos com repasse de verbas do município e contratos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Os com-

ponentes das equipes têm vínculo empregatício e direitos trabalhistas assegurados (descanso semanal remunerado, salário mensal, décimo-terceiro salário, férias anuais com adicional de 1/3, aviso prévio, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS e vale-transporte). As Associações de Moradores podem indicar os componentes das equipes, mas é a coordenação municipal, através das equipes de supervisão, que seleciona, acompanha e avalia, do ponto de vista técnico, estes profissionais. O Programa prevê a participação das Associações de Moradores na gestão administrativa e na avaliação de desempenho das equipes através de um convênio de gestão.

No que se refere ao *processo de trabalho*, propõe: introduzir um modelo de assistência com maior humanização na relação entre usuários e profissionais; melhor acesso aos serviços; relações mais diretas e efetivas entre profissionais e população; definição de coberturas e metas de controle de agravos à saúde; ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde; articulação com os demais níveis de assistência e com outros setores que interferem com a saúde.

Em relação à concepção da *equipe de trabalho*, o PMFN possui três grupos básicos de trabalho (área Norte, Leste e Centro-Sul) que são constituídos por um coordenador de área, um grupo de supervisão e por uma equipe básica, formada por médicos generalistas e auxiliares de enferma-

gem, uma dupla para cada território adscrito, que trabalha 40 horas semanais na comunidade, divididas em atendimento no consultório dos módulos (20 horas), atividades de campo (16 horas) – visitas domiciliares, visitas hospitalares e ações de educação em saúde – e participação em educação continuada (4 horas). O médico atua como generalista, buscando a atenção integral continuada e setorizada aos indivíduos e suas famílias, com ênfase na promoção e

---

O PMFN BUSCA ATINGIR  
BAIRROS OU AGLOMERAÇÕES  
DE BAIXA RENDA QUE NÃO  
FORAM CONTEMPLADAS COM  
EQUIPAMENTOS SOCIAIS,  
CONCENTRANDO-SE EM  
ÁREAS MAIS CARENTES

---

prevenção em saúde, no diagnóstico precoce e tratamento. O trabalho técnico é supervisionado semanalmente por uma equipe de supervisão formada por ginecologista, clínico geral, pediatra, profissional de saúde mental, assistente social, enfermeiro e sanitária. A supervisão acompanha o processo de assistência à população, verifica o desempenho da equipe quanto às metas epidemiológicas, atende pacientes como interconsulta com especialista, faz treinamento em servi-

ço e educação continuada para os profissionais vinculados ao programa. Os supervisores são os responsáveis pelas informações colhidas e registradas no formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), constituindo a base para elaboração dos relatórios que permitem aos gestores municipais conhecer a realidade socio-sanitária da população, bem como avaliar, readequar e melhorar os serviços de saúde.

O PMFN busca atingir bairros ou aglomerações de baixa renda que não foram contempladas com equipamentos sociais, concentrando-se em áreas mais carentes com 3.500 a 4.000 habitantes e sem porta de entrada definida na rede de serviços de saúde do município. A primeira etapa é identificada como *setorização*, em que as comunidades são divididas por setores delimitados geograficamente, segundo área de moradia, abrangendo 1.000 pessoas ou 250 famílias aproximadamente. A área de abrangência de cada setor é definida de acordo com a possibilidade de acesso da equipe básica a todos os domicílios, sem o uso de meios de transportes. Organizam-se *módulos* (PMFN, 1992), que são espaços físicos com as seguintes dependências: copa, dois banheiros e consultórios, que variam de um a quatro. Cada módulo tem equipes básicas responsáveis pela organização do trabalho no cotidiano da prestação de serviços à população e devem ser estruturados em espaços pré-existentes que já integravam o siste-

ma. Na etapa seguinte, todos os moradores de cada setor são cadastrados através de prontuários individuais e familiares.

O PMFN é um dos pioneiros nesta abordagem organizacional, tendo servido de referência ao Programa Saúde da Família (PSF, 1993) do Ministério da Saúde.

A educação continuada da equipe do PMFN é garantida por programas institucionais específicos, financiados com recursos federais, enquanto que as equipes das UBS são capacitadas através de cursos eventuais com recursos do próprio município. O objetivo central é a educação permanente da equipe do PMFN, direcionando-a para os objetivos do programa, com atualizações periódicas. A supervisão multiprofissional também atua como fonte de capacitação, atualização e avaliação da equipe. A participação social no PMFN ocorre de forma mais estruturada no âmbito das equipes de saúde da família, através do convênio de co-gestão com as associações de moradores.

Com a implementação do PSF em nível nacional foram criados mecanismos para a capacitação dos profissionais que devem atuar especificamente nos programas, que consistem nos Pólos de Capacitação, Formação e Educação permanente de Pessoal em Saúde da Família. A criação dos Pólos foi uma das maneiras de se tentar minimizar as lacunas do atual modelo de formação dos profissionais de saúde, considerado um dos desafios

mais importantes do PSF para a sua consolidação. Feuerwerker e Almeida (1999) afirmam não haver profissionais formados com perfil, competências e habilidades necessárias para que o PSF de fato leve a uma mudança de modelo de atenção.

Os pólos são baseados na articulação entre os serviços de saúde (secretarias estaduais e municipais de saúde) e as instituições de ensino superior, formadoras de recursos humanos para a saúde, atuando no trei-

---

A CRIAÇÃO DOS PÓLOS FOI UMA DAS  
MANEIRAS DE SE TENTAR MINIMIZAR AS  
LACUNAS DO ATUAL MODELO DE FORMAÇÃO  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CONSIDERADO  
UM DOS DESAFIOS MAIS IMPORTANTES DO  
PSF PARA A SUA CONSOLIDAÇÃO

---

namento introdutório dos profissionais inseridos nas equipes, no processo de educação permanente em serviço e no nível da formação de graduação e pós-graduação (Residência em Saúde da Família). Essa iniciativa do Ministério da Saúde para viabilizar a 'Saúde da Família' teve início em dezembro de 1996, com desdobramentos concretos a partir de meados de 1997, sendo que em 2000 existiam 31 Pólos em todo o país, financiados com recursos do Projeto

Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS).

Em Niterói foi constituído em 1999 o Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro, que congrega, além da Secretaria Estadual de Saúde, a FMSN e várias instituições de ensino (UFF, UERJ, Fundação Educacional Serra dos Órgãos, Universidade Severino Sombra, Faculdade de Medicina de Campos e Universidade do Grande Rio). Na primeira concorrência pública para capacitação foram selecionadas a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Rio de Janeiro estão oferecendo cursos introdutórios aos componentes das equipes e realizando cursos de especialização em Saúde da Família. No ano de 1999 foram realizados cinco cursos de especialização, formando ao todo 55 médicos e 68 enfermeiros. Um dos cursos oferecidos neste ano foi o de Especialização em Educação em Saúde Pública- Ênfase na Supervisão em Saúde da Família e Preceptorial de Graduação (UFF/FMSN) que capacitou 25 profissionais de saúde da família de vários municípios do Rio de Janeiro e contou com a participação de dez profissionais do município de Niterói do PMFN, que fizeram vários módulos de atualização oferecidos neste curso, de acordo com o interesse e necessidade do profissional e da equipe do programa. Estão previstos para o ano de 2001 mais seis cursos de especialização e dois de residência.

## A IMPLEMENTAÇÃO DO PMFN

O município de Niterói contava em 1992 com uma população de aproximadamente 440.000 habitantes, dos quais 120.000 encontravam-se em áreas de risco social e epidemiológico. A meta do programa é atingir 30% da população total do município. As atividades no PMFN iniciaram-se com 3 módulos e 12 equipes atendendo a 10.640 pessoas. Em oito anos (1992-2000) o município implantou 18 módulos e 64 equipes, atendendo cerca de 64.000 pessoas, o que representa 53% da população priorizada e uma cobertura de 14% da população total de Niterói (Gráfico 1 e Tabelas 1 e 2).

Observa-se um crescimento maior da cobertura da população nos primeiros anos de implementação (1992-94); um período de quatro anos (1994-1997) com baixa extensão de cobertura; e, novo impulso de crescimento entre 1998-2000 quando a cobertura da população alvo aumentou paulatinamente. De uma maneira geral, pode-se dizer que a cobertura do PMFN tem acompanhado o crescimento da população, embora o cumprimento das metas estabelecidas inicialmente não se tenha verificado plenamente (Gráfico 1).

A população atendida pelo PMFN, distribuída segundo faixa etária, é composta de 31,4% de crianças e adolescentes; 64,6% de adultos e 4% de idosos (Tabela 3).

Na proposta teórica do programa as principais atividades desenvolvidas pelo PMFN são dirigidas a grupos prioritários (crianças, adolescentes, mulheres, adultos e idosos) e para cada um deles é definida a seguinte lista básica de procedimentos: *crianças* – puericultura, cobertura vacinal, avaliação de crescimento e desenvolvimento, vigilância nutricional; *adolescentes* – avaliação periódica e educação em saúde; *mulheres* – exames

preventivos, planejamento familiar, pré-natal; *adultos* – acompanhamento periódico, controle de agravos mais frequentes, controle de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* através de protocolo de assistência, cobertura vacinal; *idosos* – projetos na área de reabilitação, cuidadores domiciliares e reintegração social.

O PMFN realiza também *reuniões de grupo* com a comunidade, utilizando metodologia participa-

GRÁFICO 1 – População coberta pelo Programa Médico de Família em Niterói – RJ – 1992/2000

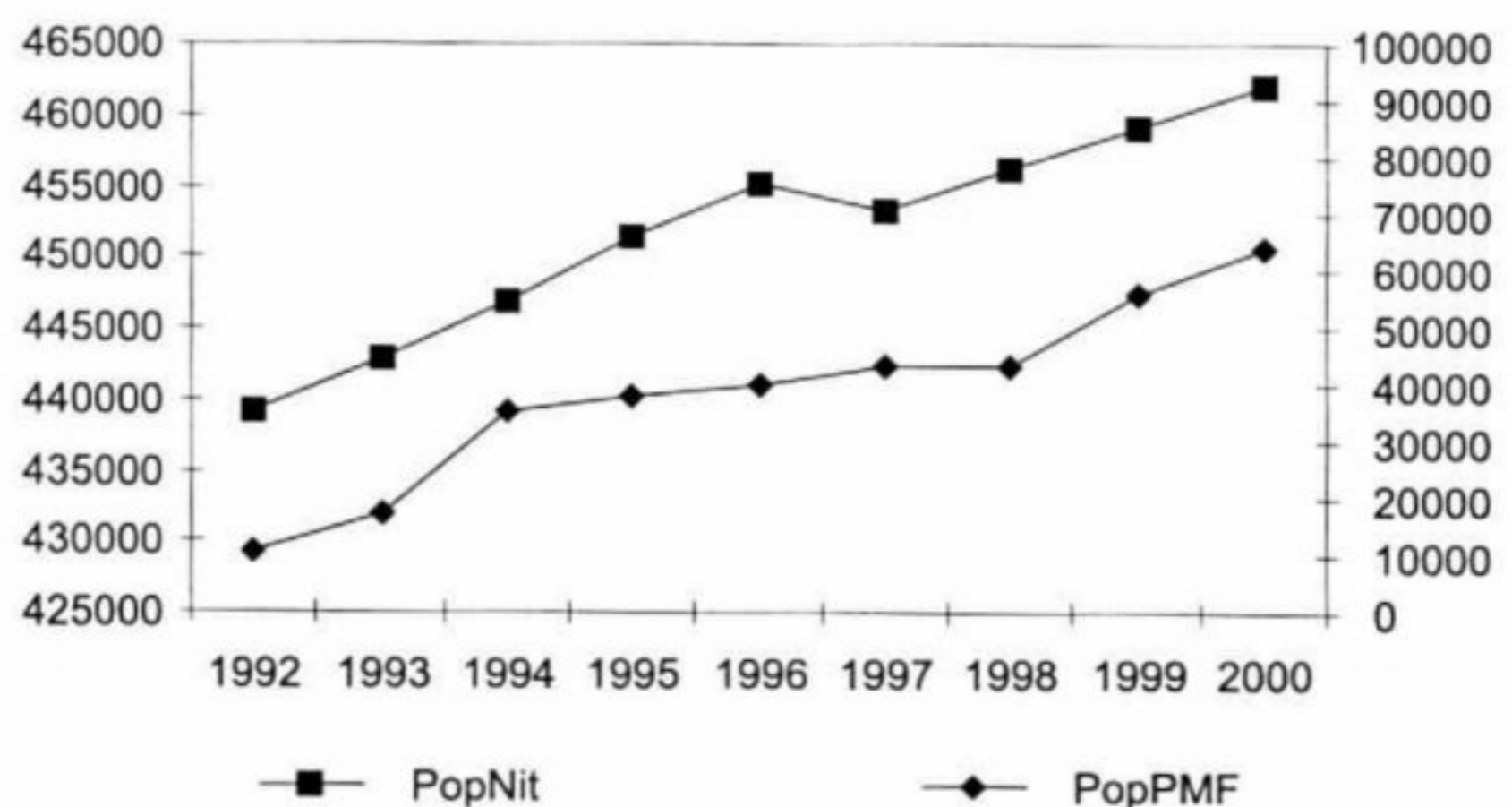


TABELA 1 – Implantação dos módulos do PMFN, 1992/2000

Anos	Nº módulos	Nº equipes	Subtotal equipes	População coberta	População total	% Pop. coberta
1992	3	12	12	10.640	439.091	2,4
1993	2	7	19	17.519	442.786	4,0
1994	4	16	35	35.218	446.752	7,9
1995	1	3	38	37.876	451.281	8,4
1996	1	2	40	39.832	455.143	8,8
1997	1	2	42	43.155	453.261	9,5
1998	–	–	42	43.155	456.176	9,5
1999	3	13	55	56.000	459.111	12,2
2000	2	9	64	64.000	462.064	13,9

Fonte: Digitação de cadastros. (PMFN, 2000). (Dados sujeitos à revisão).



TABELA 2 – Cobertura do Programa Médico de Família em Niterói – RJ – 1998/2000

Anos	População alvo	População alvo coberta		População total coberta	
	N	N	%	N	%
1998	120.000	43.155	36,0	456.176	9,5
1999	120.000	56.000	46,7	459.111	12,2
2000	120.000	64.000	53,3	462.064	13,9

Fonte: FMS/PMN 2000

TABELA 3 – Distribuição da população coberta segundo faixa etária, pelo PMFN/1999

Faixa etária	N. de habitantes cobertos	%
0 a 4 anos	7.952	14,2
5 a 14 anos	9.632	17,2
15 a 24 anos	11.312	20,2
25 a 34 anos	9.352	16,7
35 a 44 anos	7.672	13,7
45 a 54 anos	4.816	8,6
55 a 64 anos	3.024	5,4
> 65 anos	2.240	4,0
Total <sup>(*)</sup>	56.000	100,00

Fonte: FMS/PMN 2000

\* Estes grupos etários distribuem-se, segundo sexo, na proporção aproximada de 45% de população masculina e 55% de população feminina

tiva, para compreensão do processo saúde-doença e encaminhamento de intervenções. Propõe a avaliação de todos os integrantes da família e a referência dos casos mais complexos que exijam parecer de outras especialidades ou exames complementares. E estão previstas ainda atividades de vigilância em saúde, coleta de material para exames de laboratório e levantamentos epidemiológicos e estatísticos para o planejamento e programação das ações.

Segundo dados de 1999, desde sua implantação o PMFN teria alcançado resultados positivos, tais como (PMFN, 1999, p. 7):

- a captação de crianças recém nascidas se faz precocemente e existe adequado acompanhamento do crescimento com cobertura vacinal de 100% nos menores de 1 ano;

- o pré-natal começa, na maioria dos casos, no primeiro trimestre de gestação, ofertando 10 consultas, em média, por gravidez;

- a cobertura de realização de exames preventivos de câncer cervico-uterino está em torno de 70% nas faixas etárias de maior risco e em mulheres que nunca os haviam realizado previamente;

- a cobertura de acompanhamento de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial e diabetes é de 84,7% e 87,3%, respectivamente, dos casos cadastrados;

- observa-se a redução de mortes por causas evitáveis, como as doenças infecciosas em algumas áreas com maior tempo de implantação, mas registra-se aumento da incidência de hanseníase e tuberculose, devido ao diagnóstico precoce e novos casos identificados destas doenças.

No que toca ao processo de gestão referem-se atritos com as Associações de Moradores. O controle de ponto, pagamento e acompanhamento do trabalho dos profissionais é feito pela Associação, o que tem trazido inúmeros problemas de relacionamento, uma vez que, em certa medida, desafia o poder profissional e nem sempre essa autoridade gerencial é reconhecida. Esses elementos são fatores de instabilidade nas relações de trabalho, o que remete, em alguns casos, à grande rotatividade de profissionais, prejudicando a continuidade do programa segundo seus princípios fundadores, isto é, a responsabilização, o estabelecimento de vínculo e relações mais diretas, efetivas e duradouras entre as equipes e a população adscrita.

As diferenças salariais entre profissionais vinculados ao programa e os da rede são substantivas, em favor dos primeiros, o que também é fator de conflito e dificulta a colaboração.

Por fim, um dos problemas frequentemente mencionado nas reuniões de supervisão é a excessiva dominância do profissional médico na equipe e a sua formação extremamente direcionada para a especialização, dificultando muitas vezes tanto as relações do trabalho em equipe quanto o próprio engajamento no programa.

#### O PMFN E A REDE DE SERVIÇOS MUNICIPAIS

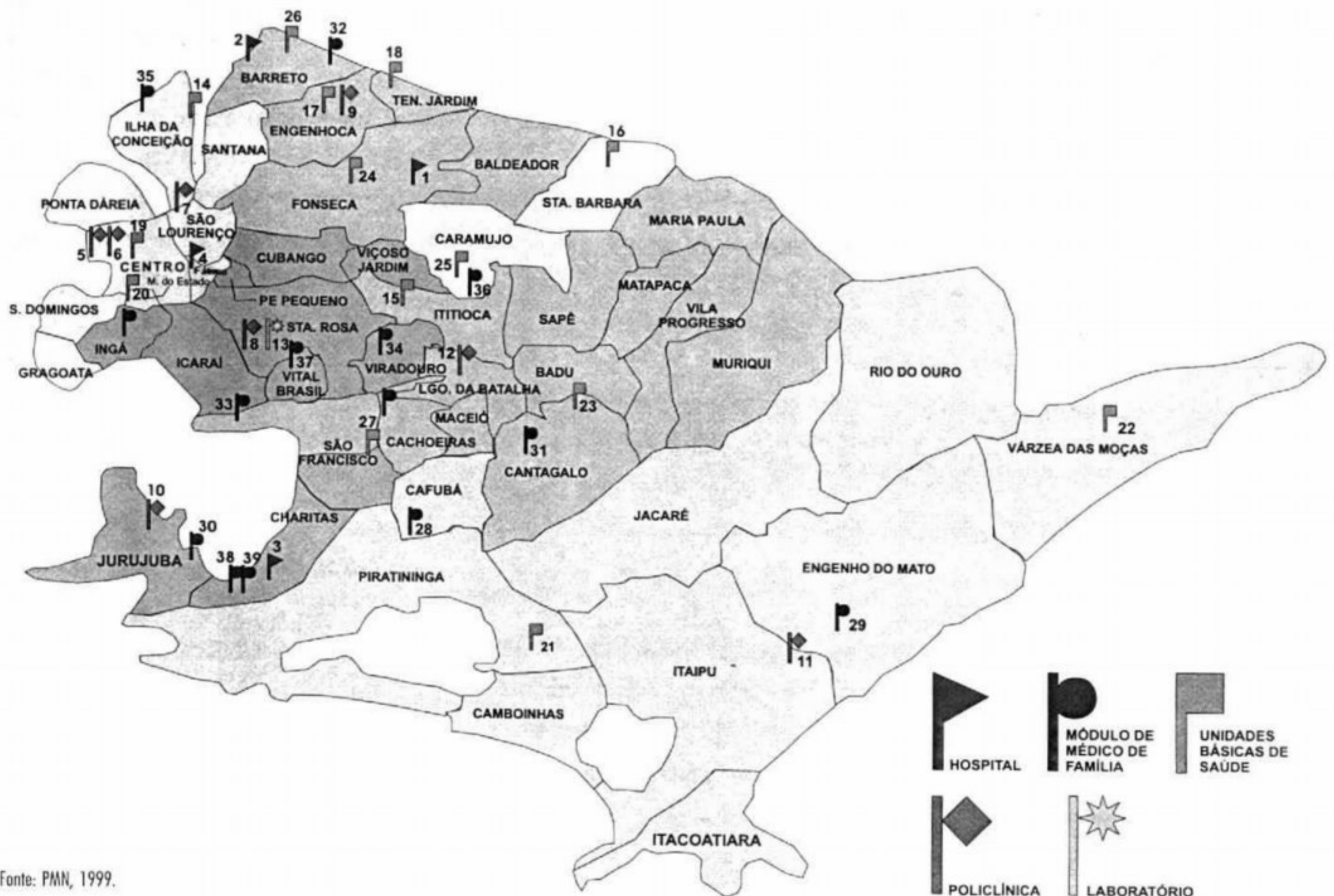
Niterói possui uma extensa rede de assistência à saúde que compreende 18 módulos PMFN e 14 Uni-

dades Básicas de Saúde (UBS), que configuram a porta de entrada do sistema de saúde; 6 Policlínicas Comunitárias, que constituem-se em unidades de primeira referência; 3 Policlínicas de Especialidades e 4 ambulatórios especializados de hospitais públicos, que correspondem à referência de maior complexidade; 6 hospitais – um pediátrico e um psiquiátrico (de origem estadual, municipalizados); um hospital geral previdenciário, municipalizado; um hospital estadual geral; um hospital estadual de doen-

ças de tórax e um hospital geral universitário; 9 laboratórios especializados (um estadual de saúde pública, municipalizado e dois de manipulação farmacêutica); um Centro Municipal de Controle de Zoonoses e um Centro de Convivência – saúde mental.

O município conta, ainda, com 7 estabelecimentos hospitalares privados contratados (409 leitos), que, juntamente com os públicos (643 leitos) totalizam 1043 leitos disponíveis na rede pública municipal sob a gestão da FMSN (Figura 1).

FIGURA 1 – Mapa da rede pública de serviços de saúde de Niterói – RJ



Fonte: PMN, 1999.

As duas portas de entrada do sistema – as UBS e os módulos do PMFN – proporcionam duas modalidades distintas de atenção, segundo a composição da equipe, o perfil dos profissionais, o próprio processo de trabalho e o controle social (Quadro I). Por outro lado, ambas prestam aten-

dimento básico e redirecionam seus pacientes para as policlínicas e para os hospitais. Embora ambas as modalidades de atenção sejam consideradas como portas de entrada preferenciais, verificam-se diferenças importantes no modo de organização e atuação de cada uma delas. A prin-

cipal diferença é o estabelecimento de vínculo mais estreito e intenso entre a equipe do PMFN e a população adscrita e a tentativa (proposta) de atuar de forma interdisciplinar sobre os problemas de saúde trazidos pelos indivíduos, suas famílias e a comunidade em geral.

**QUADRO I – Diferentes características das portas de entrada da atenção básica em Niterói – RJ**

CARACTERÍSTICAS DO MODELO DE ATENÇÃO	UBS – FMS Niterói – RJ	PMFN – FMS Niterói – RJ
POSIÇÃO NA REDE DE SERVIÇOS	Porta de Entrada da população da área de abrangência das ações da UBS (bairros) – sem adscrição	Porta de Entrada da população definida por setorização e adscrição
RELAÇÃO EQUIPE-POPULAÇÃO/FAMÍLIA	Não existe vinculação e valor padrão distribuído na rede	1 Equipe para 1000-1200 habitantes 1 Equipe para 250-300 famílias
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DA UNIDADE	Médicos das áreas básicas (Cl. Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia), Nutricionista, Psicólogo, Enfermeiro e Auxiliares, Assistente Social, Sanitarista e outros	Médico Generalista, Auxiliar de Enfermagem
COORDENAÇÃO, SUPERVISÃO E GERÊNCIA	Sanitarista supervisionando um conjunto de UBS referenciadas por área das Policlínicas Comunitárias Chefias da UBS (Gerente, Administrador e Vigilância da Saúde)	Coordenador, Médico das áreas básicas (Cl. Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia), Sanitarista, Enfermeiro e Médicos Especialistas (variados para todas as equipes)
PROCESSO DE TRABALHO	Centrado no conhecimento médico A equipe trabalha de forma fragmentária	Centrado no conhecimento médico e multiprofissional (Supervisão) A equipe junto com a supervisão trabalha interdisciplinarmente.
CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	Espaço de articulação Universidade (Graduação e Pós-Graduação) – Serviço	Treinamento sob supervisão Espaço de articulação Universidade (Graduação e Pós-Graduação) – Serviço Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente de Pessoal de Saúde da Família
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Conselho Gestor de Unidade – Paritário (25% – Poder Público, 25% – Profissionais de Saúde e 50% – Representação da população da área de abrangência)	Convênio Gestor – Associação de Moradores Auxiliar de Enfermagem identificado preferencialmente na área setorizada Reunião de Planejamento, Coordenação e Avaliação com coordenador, supervisores, equipe do módulo e associação local

Fonte: Elaborado pelo Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (Geecs), Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense, junho de 1999. Projeto de Pesquisa: Modelo Assistencial. Participante do Pólo de Saúde da Família, UFF – Fundação Municipal de Saúde de Niterói

## DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO PMFN: ALGUMAS QUESTÕES

Entre as principais dificuldades encontradas na implementação do PMFN, levantadas pela própria equipe técnica do programa, são enfatizadas:

- dificuldades no reordenamento do fluxo de usuários através de sistema de referência e contra-referência, com limitações no acesso dos usuários a outros níveis de complexidade;
- falta de uma cultura de trabalho participativo por parte dos profissionais da equipe, usuários e associação de moradores;
- dificuldade em romper com o corporativismo das categorias profissionais;
- relação difícil entre as Associações de Moradores (empregador e usuário) e os profissionais de saúde (empregados e profissional de referência), por vezes tensa face ao papel fiscalizador assumido pelas associações e seu poder de ameaça sobre o pagamento e demissão dos profissionais;
- curto tempo de permanência dos profissionais médicos no programa, muitas vezes por problemas na relação com a Associação ou não adaptação às regras e normas do programa, levando a uma alta rotatividade dos profissionais e, conseqüentemente, afetando o vín-

culo com a população e os resultados do programa;

- dificuldade no engajamento do profissional no programa, principalmente devido à formação do médico voltada para as especialidades em detrimento de uma visão de saúde pública, comunitária e generalista;
- diferenças salariais importantes entre os profissionais contratados pelo PMFN e os demais profissionais da rede, o que muitas vezes exacerba tensões no sistema;

---

AINDA QUE VOLTADO PARA POPULAÇÕES DE RISCO, E EMBORA ESSA DISCRIMINAÇÃO POSITIVA PERMITA FOCALIZAR PROBLEMAS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DESSAS POPULAÇÕES, A COBERTURA DA POPULAÇÃO ALVO AINDA É BAIXA, E TENDE A ESTAR RESTRITA A GRUPOS ESPECÍFICOS

---

- processos de avaliação e controle ainda incipientes;
- caráter complementar do programa, uma vez que o PMFN foi implantado como estrutura paralela à rede de saúde do município e em comunidades mais carentes.

Tais problemas remetem a questionamentos sobre a capacidade do PMFN de produzir modificações substantivas no modelo assistencial local e na melhoria dos indicado-

res epidemiológicos das populações cobertas pelo programa. Ainda que voltado para populações de risco, e embora essa discriminação positiva permita focalizar problemas e necessidades específicas dessas populações, a cobertura da população alvo ainda é baixa, e tende a estar restrita a grupos específicos. Além disso, essa estratégia pode não ter potência substitutiva na concepção de modelo assistencial dado o seu caráter minoritário e complementar à rede, ainda baseada no modelo hegemônico de atenção à saúde, em vez de integrativo e impulsionador de mudanças.

As dificuldades de articulação entre as equipes de profissionais nos diferentes níveis de atenção prejudicam a integralidade na oferta de serviços. Há possibilidade de oferecer assistência à saúde em um nível primário, talvez mais efetiva para a demanda que pode ser resolvida nesse nível, e possivelmente de forma mais humanizada. Entretanto, perde-se capacidade resolutiva diante dos problemas predominantes na região urbana, como hipertensão arterial, diabetes e outros, que dependem de tecnologia mais avançada para efetivos diagnóstico, tratamento e controle. Aparentemente existe um estrangulamento da atenção com grandes filas de espera nos módulos, seja para exames complementares, seja para atendimento especializado nos níveis secundário e terciário de atenção.

Vários dos problemas apontados para o PMFN são identificados também por outros autores na avaliação da implementação do PSF em outros municípios Brasil afora. Assim, Sousa *et al.* (2000), ao analisar a expansão de cobertura do PSF em nível nacional, observa que desde 1994 essa expansão demonstra uma tendência de aumento de cobertura em áreas menos assistidas, pequenos municípios distantes dos aglomerados urbanos ou áreas mais pobres, como resultado da própria indução feita pelo governo federal, ao priorizar aqueles municípios identificados em 'situação crítica', segundo os indicadores de saúde. A mesma tendência já havia sido apontada por Viana e Dal Poz (1998). Embora a priorização seja relevante e fundamental, principalmente para comunidades carentes e em muitos casos totalmente desassistidas de serviços de saúde, o fato desses sistemas locais serem menos aquinhoados em termos de capacidade instalada pode significar a focalização de atividades específicas para populações pobres e perpetuação do estrangulamento do acesso dessas populações aos níveis secundário e terciário da atenção. As mudanças nos incentivos financeiros, na alocação de recursos e nos mecanismos de gestão, introduzidas desde 1999 para reverter essa situação (mudanças, tais como: reajuste de valores, nova modalidade de cálculo do PAB variável, Pacto da

Atenção Básica, Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) não foram suficientes para reverter essa tendência, sendo que a ampliação do PSF para as capitais e regiões metropolitanas ainda é uma aspiração (SOUSA *et al.*, 2000; MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000).

Além disso, aponta-se também a grande 'pulverização' do PSF, isto é, relata-se aumento importante do número de municípios, porém com baixa cobertura do programa e, em

---

O FATO DESSES SISTEMAS  
LOCAIS SEREM MENOS  
AQUINHOADOS EM TERMOS DE  
CAPACIDADE INSTALADA PODE  
SIGNIFICAR A FOCALIZAÇÃO  
DE ATIVIDADES ESPECÍFICAS  
PARA POPULAÇÕES POBRES

---

geral, voltada para grupos específicos, 'criando espaços privilegiados de assistência', sem, no entanto, ser capaz de funcionar como estratégia substitutiva do modelo predominante. Essa forma fragmentada de implementação da atenção básica, como parte do processo de descentralização do SUS, tem consolidado uma 'atomização no desenvolvimento e organização dos serviços locais de saúde' que não se constituíram em sistemas de saú-

de integrados e resolutivos, pela ausência de redes hierarquizadas de referência e contra-referência, capazes de atender, além da demanda espontânea, a demanda organizada na atenção básica pelo PSF (SOUSA *et al.*, 2000. p. 11-12).

Acrescente-se, ainda, que a própria priorização de grupos etários e portadores de doenças ou condições específicas, característica do enfoque de risco utilizado no PMFN e no PSF, faz com que a organização da atenção básica se efetive de forma seletiva, contrapondo-se, por definição, à proposta de desenvolvimento de serviços integrais e articulados em redes de complexidades crescente (CASTELLANOS, 1990 *apud* MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000. p. 24), consolidando o modelo médico e limitando a implantação de práticas transformadoras. Uma forma de organização da atenção básica realmente inovadora pressuporia maior flexibilidade e autonomia local para programar atividades segundo as necessidades de saúde identificadas na população adscrita, ajustando a oferta à essa demanda.

Por fim, é unanimemente reconhecido que a oferta de médicos e enfermeiros egressos dos cursos de graduação não é de profissionais que atendam às exigências de um novo processo de trabalho que a implementação da estratégia da saúde da família requer. As equipes profissionais que integram os módulos do PSF têm sido supridas por pro-

fissionais oriundos de uma formação claramente inadequada e que se preparam para as novas funções em cursos de sensibilização, de especialização ou como resultado de iniciativas institucionais particulares (como a educação à distância). A criação de Pólos de Capacitação, embora seja um avanço considerável para superar a carência imediata desses profissionais, tem limitado impacto nos cursos de graduação (CORDEIRO, 2000), perpetuando-se, em certa medida, o círculo vicioso. Portanto, a regulação da oferta dos profissionais necessários e a adequação dos currículos de formação universitária segundo as demandas de reestruturação do SUS integram um campo vital da reforma sanitária que anda não foi suficientemente desenvolvido<sup>1</sup>.

#### DISCUSSÃO

Vários trabalhos têm-se dedicado a discutir a trajetória da 'medicina de família' nas diferentes sociedades e fazem leituras específicas do processo de crescimento e retomada dessa modalidade de atenção à saúde, às vezes divergentes no âmbito analítico (AGUIAR, 1998; VASCONCELOS, 1999). Mas, de maneira geral, os autores concordam com a constatação da 'recuperação da família' como um âmbito específico de intervenção do Estado, sobretu-

do em época de exacerbação ímpar das disparidades, como a atual. Por outro lado, a maioria dos programas sociais voltada para esse universo particular, na medida em que lidam com grupos extremamente fragilizados, necessitariam pensar

*sua tradição autoritária e normatizadora [isto é, conservadora] de relação com o mundo popular (...) centrando suas ações no fortalecimento [das iniciativas da família], tentando apoiar a recomposição dos vínculos afetivos internos ameaçados e a sua reintegra-*

---

#### A DIFICULDADE DE OUVIR AS DEMANDAS DOS PACIENTES E TRATÁ-LOS COMO OUTRO SUJEITO, COM DESEJOS, CRENÇAS E TEMORES TEM SIDO CAUSA DE INÚMEROS FRACASSOS NA RELAÇÃO ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE E A POPULAÇÃO

---

*ção na rede de solidariedade social local [já incluídos, a nosso ver, os serviços de saúde]. Para isso é preciso superar a visão corrente entre os profissionais locais e os gestores das políticas sociais a respeito da incapacidade dos pobres cuidarem de si mesmos (...) [e] construir educativamente na cultura institucional uma tolerância com a diversidade humana... (VASCONCELOS, 1999. p.13).*

A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população segundo Vaitsman, ressaltando que o "indivíduo como objeto de qualquer ação interventora – por exemplo, a educação ou a medicina – deve ser reconhecido enquanto *locus* de singularidade que produz e define necessidades específicas que devem ser ouvidas e respeitadas" (VAITSMAN, 1995, p.8). Essa autora destaca, ainda, que a "heterogeneidade e fragmentação social contemporâneas fizeram com que os modelos abrangentes e universais que orientam as práticas e discursos, em diferentes campos, tenham se tornado insuficientes para dar respostas aos problemas surgidos" (VAITSMAN, 1995, p.8). Considera ainda as *diferenças* como *pluralidade* e defende que seria preciso incorporar a diversidade da experiência de diferentes grupos e indivíduos e dar espaço para que os excluídos, com suas identidades diferenciadas, falem por suas próprias vozes e constituam-se como sujeitos de suas próprias vidas.

Assim, para Vaitsman (1995) e outros autores (CAMPOS, 1992; PEDUZZI; DA PALMA, 1996; L'ABBATE, 1997; MERHY, 1998; SCHRAIBER *et al.*, 1999; FAVORETO, 2002) trata-se então de

<sup>1</sup> Vale a pena dar uma olhada nos breves relatos que integram a revista *Divulgação Em Saúde Para Debate*, Rio de Janeiro, n.21, p. 55-58, dez. 2000.

construir caminhos práticos, teóricos e institucionais que insistam nas diferenças como locus de subjetividade e de construção de identidades coletivas e individuais.

A proposta de reordenação da atenção básica e do modelo assistencial a partir do Programa Saúde da Família tem diferentes leituras e compreensões, segundo diferentes autores.

Franco e Merhy (2000. p. 6) destacam que "o PSF é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor, mas não tem mecanismos efetivos para reverter a configuração do modelo médico hegemônico". Segundo esses autores, a implementação do PSF é um reconhecimento de que o problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2000. p.8). Afirmam que, para remodelar a assistência à saúde, o PSF deveria alterar a perspectiva centrada no médico. Isso dependeria de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde e os diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários. Sendo assim, a implantação do PSF, por si só, não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado, caso essas dimensões não sejam trabalhadas de forma inovadora.

Existem também preocupações quanto ao PSF tratar-se de um modelo de atenção voltado para os pobres e que legitime as propostas de focalização patrocinadas pelo

Banco Mundial para a região latino-americana (PAIM, 1996. p.19), muito aquém das formulações que marcaram o processo de Reforma Sanitária brasileira e que configuram o SUS.

Por outro lado, Viana e Dal Poz (1998. p.18) argumentam que o PSF introduz na discussão de política social uma série de questões tais como a possibilidade de práticas focalizadas dentro do universalismo e, ao mesmo tempo, de instituir ins-

---

## A IMPLEMENTAÇÃO DO PSF

É UM RECONHECIMENTO  
DE QUE O PROBLEMA DO ATUAL  
MODELO ASSISTENCIAL ESTÁ  
NO PROCESSO DE TRABALHO

---

trumentos de (re)organização de políticas, com a introdução de novos tipos de parcerias, novas formas de contratação de recursos humanos etc. Também consideram o PSF um programa inovador porque introduz outros tipos de profissionais e outro tipo de atividades na assistência à saúde, promovendo ainda outras formas de relacionamento com a comunidade (VIANA; DAL POZ, 1998. p.45).

Segundo Aguiar (1998. p.109):

*os limites e as possibilidades do PSF, no que diz respeito à revisão do modelo assistencial, estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde, que tanto podem servir às tendências simplificadoras, como também às motivações de mudança para gerar resultados. Como estratégia de mudança, há os riscos das racionalizações muito próximas da atenção primária seletiva, renovada nos termos do Banco Mundial.*

Para essa autora:

*como mais uma proposta de organização da atenção primária em saúde o PSF não parece introduzir inovações significativas, salvo a inserção do profissional médico neste nível de atenção, o que não tem sido uma tradição nos países menos desenvolvidos. Como projeto de extensão de cobertura da assistência médica, alinha-se a outras propostas, como Medicina Comunitária e a Medicina Familiar, procurando superar o caráter fragmentário do ato médico, conter os custos e melhorar o desempenho dos serviços de saúde face às necessidades sociais; passando assim a ser considerada uma estratégia para conferir maior eficiência e efetividade no SUS (AGUIAR, 1998. p.111).*

Em síntese, alguns autores criticam o excessivo centramento no profissional médico nesse nível de atenção como prejudicial e impeditivo da sua plena potencialidade para reorientar o sistema de saúde em nível local. Outros, entretanto, enfatizam o protagonismo desse profissional no PSF como uma inovação importante, sinalizando ainda a possibilidade

de reversão do modelo centrado na assistência hospitalar.

No que concerne especificamente ao processo de trabalho, Campos (1992, p.181-183) destaca que a redução do paciente à condição de "objeto de investigação clínica" é um aspecto da atenção individual que tem grandes repercussões sobre a eficácia dos serviços de saúde, sendo que a relação profissional/cliente é fator decisivo, por ser desigual e pressupor a passividade do usuário frente ao poder profissional. Advoga ainda a necessidade de ampliar a capacidade de escuta do profissional de saúde, incorporando instrumental oriundo da psicanálise para reestruturar a clínica num sentido mais humanizado, acolhedor dos sofrimentos individuais, possibilitando intervenções mais integradoras das dimensões físicas, psíquicas e sociais. Merhy (1998, p.104) aponta para possibilidades de mudanças na medida que se aprofunde o entendimento conceitual sobre o trabalho em saúde, embasando a construção de uma nova maneira de produzir saúde na rede de serviços públicos, que leve em consideração a construção de um agir "cumplicado" do trabalhador em saúde com a vida individual e coletiva da comunidade, a mudança de um modelo de atenção corporativo centrado no profissional para outro centrado no usuário. Segundo este autor, os usuários reclamam menos da falta de conhecimento tecnológico no

seu atendimento do que da falta de interesse e de responsabilização dos serviços e dos profissionais com seus problemas, sentindo-se assim inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Para L'Abbate (1997, p.274) o trabalho em saúde possui uma dimensão claramente educativa que vai além da competência técnica, não sendo suficiente considerar somente a dupla dimensão técnica e

---

A REDUÇÃO DO PACIENTE À  
CONDIÇÃO DE "OBJETO DE  
INVESTIGAÇÃO CLÍNICA" É UM  
ASPECTO DA ATENÇÃO INDIVIDUAL  
QUE TEM GRANDES REPERCUSSÕES  
SOBRE A EFICÁCIA DOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE

---

política, devendo-se acrescentar a ética, como mediadora dessas duas dimensões. Assim ao profissional dessa área não basta 'saber fazer', é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso e ter a percepção do 'dever' para acionar mecanismos de transformação nos serviços de saúde.

Seria necessário também que esses profissionais soubessem 'transmitir conhecimentos', não só porque eticamente é um direito do paciente

o acesso a qualquer informação sobre seu corpo, mente, doença e alternativas terapêuticas, mas porque esse autoconhecimento amplia a eficácia da cura, estimulando mudanças nos hábitos e comportamentos dos indivíduos (CAMPOS, 1992). Agrega-se ainda a questão da alienação dos profissionais em relação a seu trabalho, que contribui para o baixo grau de responsabilização e falta de vínculo entre profissionais e usuários, revelando o 'desapego' às condições de trabalho. Um outro aspecto dessa alienação é a separação entre os membros da equipe, onde cada um se ocupa com suas próprias tarefas, havendo pouca integração entre as atividades executadas e imperando a lógica da subordinação em vez da complementaridade na equipe multiprofissional (ROLLO, 1997, p. 324; CAMPOS, 1991). Essas questões seriam centrais na reconstrução das práticas assistenciais em saúde.

Não é suficiente, portanto, existir um serviço com bom acolhimento, é necessário também profissionais comprometidos, envolvidos e que usem todo o saber da clínica e da saúde pública a serviço do usuário-paciente, recuperando a capacidade cuidadora em outras dimensões. Além de que também é necessário que esse serviço não seja um 'território' isolado da rede de serviços locais de saúde, mas seja um núcleo dinamizador de mudanças substantivas.



Em síntese, as mudanças na composição da equipe não dizem respeito apenas aos novos agentes incorporados, antes tratam das alterações no processo de trabalho, decorrentes das mudanças do modo de organização dos serviços (SCHRAIBER *et al.*, 1999). A complexidade da equipe multiprofissional refere-se, sobretudo, à articulação de diferentes processos de trabalho. Segundo estes autores, faz-se necessário construir a superação das fragmentações dos saberes e a interação entre sujeitos – profissionais e usuários – para que a equipe multiprofissional assuma o desafio da construção de novas práticas apropriadas às necessidades de um novo trabalho em saúde.

Ao propor inovações no modelo de gestão e no processo de trabalho das equipes profissionais que atuam na saúde da família, o PMFN (e o PSF) têm a pretensão de reverter o modelo médico hegemônico, a partir da reconstrução de práticas assistenciais, propondo como eixos estruturadores dos serviços prestados a responsabilização do profissional pelas ações do programa, o vínculo entre equipe e população adscrita, a abordagem do usuário como cidadão sujeito do processo e a integração do programa com os demais níveis de atenção do sistema de saúde.

Esses eixos abririam uma série de possibilidades de alteração nos microprocessos de trabalho e nas relações de interação entre as pes-

soas no cotidiano dos serviços, como o trabalho em equipe e a importância de valorização de cada profissional no processo de cuidado da saúde do usuário, na perspectiva da complementariedade e somatória de esforços, com diferentes formações e habilidades. A relevância dessas questões na melhoria da saúde do usuário e na sua qualidade de vida ocorreria como decorrência do fato de que o usuário e a comunidade saberiam que

---

AO PROPOR INOVAÇÕES NO MODELO DE GESTÃO E NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SAÚDE DA FAMÍLIA, O PMFN (E O PSF) TÊM A PRETENSÃO DE REVERTER O MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO, A PARTIR DA RECONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

---

dispõem de uma equipe definida e responsável pelo cuidado da sua saúde e da de sua família.

Responsabilização e vínculo são assim considerados como potentes dispositivos para mudar a prática cotidiana dos serviços. A equipe básica do PMFN (médico generalista e auxiliar de enfermagem, preferencialmente morador da área setorializada) articulada com a supervisão e os demais níveis de assistência, teria essa responsabilidade, uma vez

que deve responder pela saúde do usuário e de sua família em toda área adscrita do programa.

Nesse processo de trabalho a equipe profissional tem um papel importante na inter-relação construtiva entre sujeitos, na construção do vínculo e responsabilização, sendo um dispositivo facilitador desta interação. A supervisão, por sua vez, é considerada um importante instrumento de desenvolvimento dos profissionais e das equipes de saúde, compondo o dia-a-dia dos serviços. Sistematizada e periodizada, com agendas fixas, realizada em acompanhamentos das atividades e em reuniões semanais com toda a equipe multiprofissional, a supervisão buscaria a reflexão conjunta, o controle do trabalho realizado e a introdução de estratégias inovadoras nos serviços de saúde, onde a capacitação contribuiria para formar sujeitos autônomos, éticos e críticos, que visam a construção de uma prática que resulte num bom atendimento.

É difícil, porém, avaliar se tais objetivos estão sendo cumpridos, sendo que o enfrentamento dessa problemática requer atuação nos processos organizativos que geram as práticas assistenciais e as relações no cotidiano dos serviços. É necessária, portanto, a combinação de diferentes abordagens que permita a análise da existência desse *vínculo e responsabilização* entre quem presta o serviço e quem recebe, sendo ambos cidadãos potencialmente

capazes de compartilhar de um conjunto de valores éticos. A reorganização da atenção básica implementada pelo PSF vem sendo monitorada por metas pactuadas com indicadores de morbi-mortalidade e de produção de serviços dos sistemas de informação tradicionais do SUS e do SIAB. Ainda que as metas possam ser consideradas adequadas "não se conhecem bem os processos técnicos que apóiam os pactos políticos de sua formulação" (HARTZ, 2000, p. 30), sobretudo quando os pactos da atenção básica são tratados de forma meramente burocrática, fragmentada e pontual, predominando o espírito normativo, fixando parâmetros de curto prazo (um ano), vinculados a repasse de recursos financeiros (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000, p. 21). "Quando indicadores se tornam o objetivo, atividades são erroneamente enfatizadas e manipulações numéricas encorajadas sem melhorias dos resultados" (HARTZ, 2000, p. 30). Portanto, o principal foco da avaliação deve ser a reorientação do modelo assistencial segundo premissas realmente inovadoras.

Para Rios,

*só se pode falar em compromisso profissional, se mencionar a adesão, a partir de uma escolha do sujeito, a uma certa maneira de agir, a um certo caminho para a ação. Para que essa adesão seja significativa devem se conjugar a consciência, o saber, a vontade, que de nada valem sem a explicitação do dever e a presença do poder* (Rios, 1993, p. 58).

O poder aqui é entendido não no sentido de dominação, mas de consenso, construído, conjugando limites e possibilidades, visando a competência técnica e política, articuladas pela ética.

#### PARA CONCLUIR

Vários autores têm analisado o PMFN, nenhum estudo, porém, buscou avaliar de forma cuidadosa a capacidade dessa estratégia de pro-

---

#### A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL REQUERIDA NÃO É SÓ DE CONTEÚDOS RELATIVOS A DOENÇAS MAS SOBRETUDO DE INCREMENTO DA CAPACIDADE DE OUVIR A POPULAÇÃO E DECODIFICAR SEUS PROBLEMAS INDIVIDUAIS E COLETIVOS

---

duzir substantivas modificações no processo de trabalho em saúde, que repercutissem nos índices sanitários da população (SENNA, 1995; SILVA, 1998; COHEN, 2000).

São inúmeras as dificuldades de um processo de avaliação de programas com essas características e qualquer forma de aferição envolve necessariamente um julgamento, isto é, avaliar é atribuir valor. Portanto, torna-se necessário estabelecer os critérios sobre os quais se determi-

nam o valor e os objetivos que serão valorizados (HARTZ, 1997). Além disso, a complexidade do objeto de avaliação – organização do trabalho em saúde, relação usuário/profissional e efetividade dessa atuação – torna necessárias aproximações sucessivas, por meio de abordagens quantitativas e qualitativas, sendo que estas últimas devem ser especialmente trabalhadas. Em síntese, a avaliação do PMFN é uma tarefa complexa e ainda não se dispõe de indicadores suficientes para medir a efetividade na construção de novos processos de trabalho e os resultados sobre a saúde da população. Este, entretanto, é o núcleo central que garantiria a mudança substantiva.

A capacitação profissional requerida não é só de conteúdos relativos a doenças mas sobretudo de incremento da capacidade de ouvir a população e decodificar seus problemas individuais e coletivos, enfatizando uma atuação interdisciplinar na resolução dos problemas. A autonomia e consciência sanitária dos usuários devem ser estimuladas em um processo de construção de sujeitos e conquista de cidadania. Em que medida os programas de capacitação profissional e de supervisão atuam neste sentido? Como o processo de trabalho das equipes do PMFN desenvolve essa capacidade? Essas são perguntas que não têm sido objeto de maior indagação e pesquisa.

Grande peso da efetividade do PMFN é atribuído à capacidade de a

equipe estabelecer vínculos com a população adscrita. A rotatividade de profissionais médicos no programa parece prejudicar sobremaneira essa vinculação. Cheibub (1997) constatou que cerca de 56% das saídas de médicos do programa foram por demissão voluntária e que 66% delas ocorreram nos seis primeiros meses de trabalho. Esse fenômeno pode ser indicativo de dificuldades de adaptação dos médicos às atividades do programa. Que razões ocasionariam esse processo? Que ações são desenvolvidas para minimizar esses problemas? Essas também são questões ainda sem resposta, que de acordo com Pereira (2001, p. 98) são comuns ao PSF e aparecem como um dos principais problemas.

Também se pretende que a equipe básica seja responsável pela garantia da continuidade e integralidade do atendimento à população, segundo necessidades. Qual a efetiva articulação entre o PMFN e a rede 'tradicional' de serviços locais? Em que medida a equipe 'responsável' pela garantia da integralidade da atenção pode, de fato, ser responsabilizada pela continuidade ou não do atendimento? Que metodologias e indicadores poderiam ser desenvolvidos e seriam mais adequados para avaliar a resolutividade do PMFN com essa perspectiva?

O controle do programa pela população ganhou estruturas institucionais em nível local, porém, cabe questionar: qual a efetividade des-

te controle? Que mecanismos de acompanhamento são desenvolvidos? Qual a capacidade deliberativa do segmento popular envolvido na co-gestão? Quais os mecanismos que tem sido implementados para diminuir as 'arestas' entre os co-gestores da comunidade e a equipe profissional? Quais os critérios que orientam a partilha de responsabilidades, direitos e deveres entre os co-gestores?

Estas e outras questões instigam a curiosidade de pesquisadores e destacam-se como conhecimentos estratégicos a serem construídos, não só para validar a experiência de Niterói como inovadora, mas também para incorporar novos métodos e indicadores na avaliação de programas com as características do PMFN. Sendo assim, estas questões não são específicas de Niterói, mas emergem em qualquer localidade do território nacional onde sejam desenvolvidos os programas de Saúde da Família, que se ampliaram enormemente desde 1998, e necessitam de respostas e argumentos que justifiquem sua implementação como 'principal estratégia de mudança de modelo assistencial' brasileiro.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Dayse dos Santos. *A "Saúde da Família" no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?* 1998. 163f. Dissertação (Mestrado) – Escola Na-

cional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 65 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A Saúde Pública e a defesa da vida*. São Paulo: HUCITEC, 1991.

\_\_\_\_\_. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*, n. 10, v. 4, 1990. p. 1-7.

CHEIBUB, Zairo Borges. *Algumas observações preliminares sobre o*