

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL: PERSPECTIVA DE ATORES SOCIAIS DA GESTÃO ESTADUAL

Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹, Ana Maria Nunes da Silva²

RESUMO: A implantação do Programa Saúde da Família vem se configurando como a principal estratégia na organização da Atenção Básica, no Sistema Único de Saúde. O PSF foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, vinculado ao processo de descentralização político-administrativa do setor. O presente estudo objetivou-se contextualizar o processo de implantação do PSF no Estado de Mato Grosso, Brasil, a partir de análise documental e perspectiva de atores-chave da gestão estadual, envolvidos no processo de implantação das primeiras equipes, através de entrevistas semi-estruturadas. Conclui-se que a adoção do Programa Saúde da Família foi facilitada pelo avanço do processo de descentralização em curso no país e pela priorização política conferida pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-MT). Destaca-se a dificuldade de interiorização dos profissionais de saúde que ainda é um dos grandes entraves para a consolidação da proposta.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família; Avaliação de programas e projetos de saúde; Atenção primária à saúde.

THE IMPLEMENTATION OF THE FAMILY HEALTH PROGRAMME IN MATO GROSSO STATE, BRAZIL: SOCIAL PLAYERS' OUTLOOK FROM THE CURRENT STATE ADMINISTRATION

ABSTRACT: The implementation of the Family Health Programme (FHP) has featured the main strategy in the organization of primary care at the National Health System. The FHP was created by the Health Ministry in 1994, bound to the political and managerial decentralization process in the sector. The aim of this study was to contextualize the FHP implementation process in the state of Mato Grosso, Brazil, by means of documental analysis and the view from the state administration key-players, involved in the first teams' implementation process, using semi-structured interviews. It is concluded that the Family Health Program adoption was facilitated by the decentralization process being held in the country and by the political priority granted by the State Health Secretary. We may point out the difficulty for health professionals' settlement in remote areas which is still a hindrance for the proposal consolidation.

KEYWORDS: Family health; Assessment of health programs and projects; Primary health care.

EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA SALUD DE LA DA FAMILIA EN ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL: PERSPECTIVA DE ACTORES SOCIALES DE LA GESTIÓN ESTADUAL

RESUMEN: La implantación del Programa Salud de la Familia se configura como la principal estrategia en la organización de la Atención Básica en el Sistema Único de Salud de Brasil. El PSF fue creado en 1994 por el Ministerio de la Salud, vinculado al proceso de descentralización político-administrativa del sector. El presente estudio tuvo el objetivo de contextualizar el proceso de implantación del PSF en estado de Mato Grosso, Brasil, a partir del análisis documental y perspectiva de actores claves de la gestión estadual, involucrados en proceso de implantación de las primeras equipos, a través de entrevistas semi estructuradas. Se concluyó que la adopción del Programa Salud de la Familia fue facilitada por el avance del proceso de descentralización en curso en el país y por la priorización política conferida por la Secretaría de Estado de Salud (SES-MT). Se destaca la dificultad de interiorización de los profesionales de salud, gran estorbo para la consolidación de la propuesta.

PALABRAS CLAVE: Salud de la familia; Evaluación de programas y proyectos de salud; Atención primaria a la salud.

*Artigo oriundo do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso-UFGM.

¹Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da UFGM.

²Graduanda do curso de enfermagem/UFMT. Bolsista PIBIC/CNPq.

Autor correspondente:

Maria Aparecida Munhoz Gaíva
Rua General Valle, 431 - 78010-100 - Cuiabá-MT
E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br

Recebido: 13/06/08
Aprovado: 10/10/08

INTRODUÇÃO

A década de 1980, no Brasil, foi marcada pela democratização dos processos político-sociais e pela elaboração da Constituição denominada de cidadã. Nesta, é dever do Estado brasileiro a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos, estabelecendo condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação⁽¹⁾.

A Constituição de 1988 trouxe repercussões importantes e delineadoras no processo de construção de uma nova política no setor saúde, e, que, culminariam anos depois no Sistema Único de Saúde (SUS). Para a efetiva implantação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação das “Leis Orgânicas de Saúde” (Lei nº 8.080 e 8.142). A Lei 8.080⁽²⁾ em seu capítulo II, que discorre sobre os princípios e diretrizes do SUS, prevê como um dos princípios organizativos da política de saúde, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Nesse processo de descentralização ocorrido no âmbito do SUS durante a década de 90, as edições das Normas Operacionais Básicas (NOB) 1/93 e 1/96 constituíram-se instrumentos bastante efetivos. A NOB/96 apresentava como finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios⁽³⁾. Cabe destacar, que a plena responsabilidade do poder público municipal, não significa, no entanto ausência do poder público estadual e federal, eles são co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal.

A NOB 1/96 implementada apenas a partir de janeiro de 1998, consolidou o papel gestor do município, além de ter incorporado alguns avanços, como o PAB (Piso da Atenção Básica) e o incentivo à Saúde da Família. O processo de descentralização como um todo permitiu a aproximação dos serviços de saúde aos usuários e a qualificação da assistência nos vários níveis de atenção, particularmente na Atenção Básica⁽⁴⁾.

A Atenção Básica foi marcada pelo incentivo a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, como

estratégia de reorganização dos serviços de saúde. O PSF emerge numa perspectiva de reforma, com vistas a promover mudanças nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, na forma de organização dos serviços, e, ainda no atual modelo assistencial⁽⁵⁾.

Neste contexto, a atenção à saúde da família, constitui-se imagem-objetivo projetada à reformulação da atenção básica, sendo a estratégia saúde da família um processo em construção que tem em vista a reversão do modelo assistencial predominante em saúde no Brasil (superespecializado, fragmentado, centrado na cura, distanciado das necessidades locais). O PSF é estratégico para a qualidade da atenção básica e para a mudança do modelo assistencial predominante em saúde.

Entre as proposições básicas do PSF encontra-se o trabalho em equipe direcionado aos diferentes indivíduos, famílias e comunidades, prevendo-se o planejamento e execução de ações a partir de suas realidades peculiares; ações voltadas à promoção e a prevenção da saúde, tendo como marca fundamental a mudança de foco para a atenção à saúde e não mais a doença⁽⁶⁾.

Em Mato Grosso (MT) iniciou-se ao final de 1996 a sensibilização dos gestores municipais para a implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESFs), que em 1997, começaram a se consolidar. No ano de 1997, seis municípios implantaram o PSF, com oito equipes atendendo uma população estimada em 30.600 habitantes, o que representava 1,33% de população coberta⁽⁷⁾. Dados do Ministério da Saúde do final de 2007 apontam que a cobertura populacional já corresponde a 54,85% da população, com 500 ESFs implantadas no Estado⁽⁸⁾.

Considerando que o PSF vem se confirmando nos últimos anos como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para reorganização do atual modelo de atenção da saúde, que as características de gestão e organização dos sistemas locais, podem encontrar as mais distintas experiências de implantação e implementação de novos modelos e que a consolidação da proposta da Saúde da Família depende, em grande parte, das estratégias de implantação utilizadas e dos profissionais envolvidos neste processo, este estudo objetiva contextualizar o processo de implantação do Programa Saúde da Família no Estado de MT, a partir da perspectiva de atores sociais da gestão estadual.

Compartilha-se a idéia de relevância da produção

de estudos e análises que considerem a abordagem da implantação/implementação do PSF a partir da percepção dos diferentes atores envolvidos no processo, com destaque para as instâncias de formulação política e a técnico-operacional. Pretende-se suscitar reflexões em torno do processo de implantação do Programa Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, e visualizar em que medida, esse processo tem-se orientado com vistas à consolidação do SUS e reordenamento atual modelo de atenção à saúde.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO

Este estudo faz parte da pesquisa intitulada: “Ferramentas de monitoramento e avaliação da estratégia saúde da família em municípios de Mato Grosso”, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa de Mato Grosso (FAPEMAT), que intenciona construir ferramentas de monitoramento e avaliação da implementação do PSF, aplicáveis aos municípios mato-grossenses de pequeno porte. Mato Grosso caracteriza-se particularmente pela prevalência de municípios extensos e pouco populosos, resultando em baixas densidades populacionais⁽⁹⁾. Ocupa uma área de 903.357,908 Km² e possui uma população de 2.749.145 habitantes, o que representa uma densidade demográfica de 2.77 habitantes por Km². Sua população está distribuída em 141 municípios⁽¹⁰⁾.

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. Foram utilizados no estudo documentos oficiais (portarias, decretos e leis), dos níveis estaduais e federais que fundamentassem a compreensão em torno do processo de implantação do PSF no Estado de Mato Grosso. Ainda foi empregada a técnica de entrevista semi-estruturada, seguindo um roteiro previamente elaborado, com questões fechadas com dados de identificação dos entrevistados e questões abertas formuladas segundo os objetivos do estudo proposto. Foram entrevistados quatro atores das instâncias de formulação política e técnico-operacional do nível da gestão estadual, que estiveram envolvidos diretamente no processo de implantação das primeiras ESFs no Estado. Os atores da pesquisa foram definidos a partir da análise de documentos da Secretaria Estadual de Saúde e/ou por indicação de informantes chaves. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em dia e local definido pelo participante, sendo gravadas e posteriormente transcritas pelo pesquisador.

A análise de dados foi realizada mediante a

técnica de “análise de conteúdo” organizada por Gomes⁽¹¹⁾ que aponta as seguintes etapas para a operacionalização da técnica: recorte e classificação do material orientado pelas questões da pesquisa; reconhecimentos dos sentidos comuns e heterogêneos presentes por trás dos conteúdos manifestos; leitura transversal sobre os núcleos – categorias encontradas reconhecendo-se os seus sentidos centrais; articulação contínua com a teoria.

A partir da análise dos dados, o resultado a ser apresentado foi organizado em três categorias: breve contextualização do processo de implantação do PSF em Mato Grosso (MT), os recursos humanos e o processo de implantação do PSF no Estado e as peculiaridades do processo de implantação do PSF nos municípios mato-grossenses.

Na execução da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos definidos na Resolução 196/96⁽¹²⁾. Dessa forma, a pesquisa a qual está vinculado esse subprojeto foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, parecer nº 259/2006.

Os sujeitos que concordaram em participar do estudo receberam informações detalhadas sobre sua finalidade e objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-se o anonimato e assegurando-se a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento.

RESULTADOS

Contextualização do processo de implantação do PSF em MT

O Estado de Mato Grosso, a partir de 1995, assumiu como prioridade o desafio de implementar a descentralização da atenção e da gestão, dos recursos e das ações e serviços de saúde⁽⁹⁾. No entanto, esse processo enfrentou uma série de dificuldades. A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) identificou diversos problemas, tanto de ordem epidemiológica quanto organizativa⁽¹³⁾.

A situação de saúde da população de MT enfrentava problemas de saúde como: persistência de altas taxas de mortalidade infantil (associada à desnutrição, às diarreias e às infecções respiratórias); aumento das doenças crônico-degenerativas (sobretudo doenças cardiovasculares e neoplásicas); ressurgimento de endemias (como dengue e cólera); persistência e, muitas vezes, a proliferação de

endemias (como a malária, as DST/AIDS, a leishmaniose, a doença de Chagas, a tuberculose) dentre outros⁽¹³⁾.

O setor saúde também apresentava dificuldades, entre aquelas que limitavam o processo de descentralização e municipalização da saúde estavam: as práticas clientelistas na redistribuição de atribuições, recursos e produtos; a inexistência de programas de apoio e cooperação técnica aos municípios com vistas à construção de novos modelos assistenciais; ausência do Governo Estadual no processo de municipalização e o sucateamento dos Pólos Regionais de Saúde, que haviam se transformado em meros entrepostos de distribuição de vacinas e medicamentos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A SES-MT definiria então as linhas da política para a área, consolidando essas informações através do documento “Políticas de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários”, publicado em 1995, que apontava sete diretrizes para a saúde: Democratização e Participação Social; Prioridade às Ações de Vigilância à Saúde; Melhoria Quantitativa e Qualitativa dos Serviços Assistenciais; Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais; Política de Ciência e Tecnologia; Política de Recursos Humanos; Redefinição do Papel Institucional da SES e Novos Modelos de Gestão e Organização⁽¹³⁾.

Na diretriz sobre a Regionalização, Descentralização e os Novos Modelos Assistenciais a SES-MT adotou duas frentes de ações – nos municípios e nas regionais⁽¹³⁻¹⁴⁾. Especificamente na linha de ação sobre os espaços municipais, houve o resgate e fortalecimento do papel do gestor municipal, conjugado com a cooperação técnica para suporte na organização de ações e serviços no âmbito municipal e apoio à construção de novos modelos assistenciais, como a implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A implantação do PACS, no Estado, deu-se início em 1995, priorizando inicialmente dez municípios, sendo cinco, os de maior risco para a mortalidade infantil⁽¹³⁾. No final de 1996, iniciou-se a sensibilização dos gestores municipais, para a constituição das primeiras ESFs, que em 1997 começaram a ser implantadas. Entretanto, a dificuldade de interiorizar e fixar profissionais médicos e enfermeiros era na época e ainda é hoje, um dos grandes entraves para a consolidação da proposta do PSF⁽⁷⁾.

No ano de 1997, apenas seis municípios

implantaram o PSF, com 08 equipes atendendo uma população estimada em 30.600 habitantes, o que representava 1,33% da população coberta. Em 1998 esse número correspondia a 18 municípios com 22 equipes atendendo uma população estimada em 84.150 habitantes, o que representava 3,60% da população do Estado coberta⁽⁷⁾.

Para a consolidação desses números de equipes de Saúde da Família no Estado, até esse momento, foi importante a estratégia política de investimento em ações de expansão e qualificação da atenção básica, por meio de fortalecimento do PSF, e definição de atribuições e responsabilidades nos três níveis de governo, pactuando diretrizes e normas operacionais em prol do SUS/PSF.

Recursos humanos e o processo de implantação do PSF no Estado

A constatação de um avanço ainda não significativo na implantação das ESFs no Estado preocupava os atores da gestão estadual, que buscavam respostas para essa problemática, e, nesse momento já apontavam a dificuldade de interiorização dos recursos humanos como fator importante na consolidação da proposta. No interior do Estado de MT há dificuldades de acesso, grandes distâncias e barreiras geográficas entre as cidades, o que dificulta ainda mais a interiorização e fixação desses profissionais⁽⁹⁾.

Para suprir a necessidade de profissionais de saúde no Estado, especialmente médicos e enfermeiros, houve a vinda de profissionais, oriundos de outras regiões do país. Relatos de implantação do PSF em outras localidades do Brasil evidenciam justamente como ponto dificultador, a carência desses profissionais de nível superior⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Portanto, não tratar-se de uma peculiaridade apenas do Estado de Mato Grosso.

Ainda que cada realidade guarde características próprias, em comum destaca-se a dificuldade de fixação de profissionais, especialmente médicos. Tomando como exemplo, a implantação do PSF na metrópole paulista⁽¹⁷⁾, um dos pontos nevrálgicos para o não alcance da meta prevista quanto ao número de equipes a serem implantadas devia-se, em parte, pela ausência daqueles profissionais, revelando a dificuldade de fixá-lo, seja pela rarefação de equipamentos públicos, inclusive serviços de saúde, seja por se constituírem em bolsões de expressão da violência.

Mas cabe destacar que apenas a presença do

profissional de saúde não garante uma direcionalidade no sentido da consolidação do SUS. Estudo⁽¹⁸⁾ reafirma que o perfil dos profissionais formados não se tem mostrado suficientemente adequado para uma proposta de atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Alguns autores⁽¹⁹⁾ apontam a necessidade de mudança do perfil profissional - não apenas o perfil técnico- mas a inserção de novas práticas, dando oportunidades aos trabalhadores de saúde em adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres.

Em Mato Grosso o perfil dos profissionais é ressaltado pelos entrevistados como determinante para a consolidação da proposta do PSF no Estado. Para eles o curso introdutório configurava-se como um momento propício para conhecer o perfil dos profissionais selecionados para atuar nas ESFs.

Às vezes a gente pegava profissionais que não tinha perfil nenhum. Olhava. Meu Deus! Isso não vai dar certo. Profissional era especialista. Cardiologista. Trabalhou a vida inteira no hospital, vai trabalhar no PSF, atender recém-nascido. [...] aí tinha o introdutório. E nesse introdutório o médico, o enfermeiro, os agentes. Todos. Era no introdutório, a gente terminava e já sabia as possibilidades de dar certo ou não (E.1).

A despeito da discussão em torno do profissional generalista x especialista, estudos como aquele realizado sobre o Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, em 2002, apontam que entre as principais dificuldades encontradas na implementação do programa, estava o engajamento do profissional, principalmente devido à formação do médico voltada para as especialidades em detrimento de uma visão de saúde pública, comunitária e generalista⁽²⁰⁾.

Há autores como Franco e Merhy⁽¹⁹⁾ que tecem críticas em torno do profissional generalista. Segundo eles há uma mitificação acerca deste profissional, como se este, ou melhor, esta “especialidade” médica, por si só conseguisse implementar novas práticas de saúde da população. Para eles o cuidado em saúde requer o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando seu núcleo de competência e de responsabilidade específica, com a dimensão do cuidado inscrito no campo de competência e responsabilidade, cujos saberes e responsabilidades são comuns ou confluentes a várias profissões ou

especialidades^(19,21). Ainda são necessários dispositivos que mexam na micropolítica do processo de trabalho, tornando as tecnologias leves – “relacionais”, determinantes no processo de produção da saúde⁽¹⁹⁾.

Não desvinculando a estrutura e organização do trabalho em saúde as questões políticas e macro-institucionais do trabalho⁽²²⁾, reconhecemos também outros vários elementos que também conformam o processo de trabalho em saúde, a citar as múltiplas formas de seleção, contratação, salários e qualificações disponibilizadas aos profissionais de saúde.

Estudo⁽²³⁾ que aborda entre outros aspectos o perfil sócio-econômico, demográfico e ocupacional dos médicos e enfermeiros das ESFs no Estado de MT, chegou às seguintes conclusões: prevalência dos contratos precários de trabalho e a rotatividade dos trabalhadores; os rendimentos díspares entre as duas categorias profissionais, tendência a feminilização da força de trabalho em saúde e registro de esforços de capacitação para adequar o perfil de formação ao programa.

Segundo os entrevistados a seleção dos profissionais para as ESFs no Estado de MT, esta era ausente na maioria das vezes, pois o número escasso de profissionais fazia com que aqueles que se disponibilizavam fossem logo contratados. Nesse processo seletivo o Estado entrou como um intermediador, principalmente, nos municípios de maior porte, conforme mostra a fala a seguir:

O Estado entrava a convite da prefeitura para fazer o processo seletivo [...] alguns municípios queriam se eximir da questão política e de outras pressões. O Estado disponibilizava a equipe que entendia do processo [...] o Estado entrava com todo esse know how, com toda essa infra-estrutura de seleção para os municípios maiores, os municípios menores não, porque não estão disponíveis tantos profissionais, era um e um, então era aquele mesmo, então ele contratava diretamente (E.2).

Outro aspecto destacado pelos entrevistados foi à questão das diferenças salariais que variavam conforme a distância dos municípios em relação à capital e eram díspares entre as categorias profissionais. O vínculo empregatício também se distinguia de município para município, cada um deles se organizou dentro de suas possibilidades financeiras, havendo, portanto diversas modalidades de contratação dos profissionais.

Em torno dessa questão dos recursos humanos

algumas estratégias foram implementadas pela SES-MT, como a flexibilização da utilização de profissionais, através da Resolução CIB 041, de 03 de dezembro de 1999, da Comissão Intergestora Bipartite⁽⁷⁾. Essa flexibilização é apontada na fala como uma medida importante que fomentou a implantação das ESFs.

Os municípios pequenos que tinham lá dois médicos, então essa norma da Bipartite permitia que esses médicos pudessem dar plantão lá no hospital, ou dar um dia da semana, lá no hospital. Eram dois médicos do município, então você não tinha como deixar de fazer isso. E eu acho que isso ajudou, porque esses municípios menores acabaram encontrando um meio de estar levando esses profissionais para lá e estar inserindo eles dentro do sistema (E.4).

Outros mecanismos normativos estaduais também fomentaram a implantação das ESFs, criando incentivos financeiros destinados a incrementar os salários de médicos e enfermeiros⁽⁷⁾.

A Portaria nº 026/GAB/SES-MT/2001 previa mecanismos diferenciados de incentivos financeiros, respeitando o princípio da equidade. Além desses incentivos, os municípios, a partir da normatização desta portaria passariam a contar com um acréscimo de 100% sobre o valor repassado pelo Estado caso conseguissem alcançar os patamares de cobertura populacional estabelecidos pela SES-MT⁽⁷⁾.

A publicação do decreto nº 2.312/2001, de 12 de fevereiro, que dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, também possibilitou o repasse de verbas para os municípios destinados a Atenção Básica, de forma mais ágil e menos burocrática⁽⁷⁾.

Além das instruções normativas a área de Recursos Humanos foi marcada em linhas gerais por um forte componente de capacitação dos profissionais envolvidos no SUS e pelo estabelecimento de parcerias com os municípios, instituições federais e a Universidade Federal de Mato Grosso⁽¹³⁾. Destaca-se ainda, na fala dos entrevistados, a criação da Escola de Saúde Pública, como órgão de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde.

A partir dessas e outras medidas implementadas algumas mudanças já se fizeram sentir, especialmente no número de ESFs implantadas no Estado, enquanto em 1999, havia 36 equipes em 22 municípios atendendo

uma população estimada de 137.700 habitantes, o que representava 5,79% da população coberta, em 2000 esse percentual aumentou para 20,67%. No início de 2001, o número de ESFs implantadas no Estado era de 149, com a cobertura populacional de 20,75% e no final da segunda gestão do Governo Dante Martins de Oliveira (1999-2002) esse percentual de cobertura era de 44,43%⁽⁷⁾.

Compreendemos que apesar das diretrizes do Ministério da Saúde quanto ao perfil e formação das equipes de saúde da família, a organização e implantação das Equipes de Saúde da Família nos municípios são conformadas também a partir da influência das distintas realidades locais. O sucesso para a implantação efetiva do PSF requer a decisão e apoio incondicional dos gestores em todos os níveis da esfera governamental, além de profissionais com uma adequada formação técnica-científica e, comprometidos com a proposta da saúde da família.

Peculiaridades do processo de implantação do PSF nos municípios matogrossenses

No que se refere a outras peculiaridades do processo de implantação do PSF nos municípios matogrossenses, depreendemos três aspectos, são eles: a adesão a proposta, o controle social e a definição de territórios.

A adesão municipal à proposta de implantação do PSF em alguns municípios ocorria logo após a sensibilização feita pelo Estado. Para um dos entrevistados, a abertura à proposta foi curiosamente maior por parte dos gestores que não tinham nenhuma formação na área da saúde.

Percebemos isso empiricamente, não tem nenhum trabalho, que os secretários que tinham uma formação até menor, eram mais abertos, talvez porque eles viessem de uma classe mais sofrida. Isso era o pessoal técnico que dizia. O profissional médico, enfermeiro, que já tem uma formação, já tá com a cabeça feita, e às vezes tem dificuldade de aceitar o novo (E.1).

Há aqueles municípios que entenderam como mais um programa a ser implantado e, portanto, não aderiram à proposta inicialmente

Ah! Mais um programa, mais trabalho, depois não vem tanto dinheiro. Não acreditavam muito (E.3).

O próprio processo de descentralização da saúde e a conseqüente ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica também contribuíram para adoção da proposta do PSF

[...] era uma fonte de financiamento, de dinheiro, e era uma questão também que ajudava muito a ampliação das unidades básicas, na estruturação da rede básica dos municípios (E.3).

Não há dúvidas dos avanços obtidos a partir do processo de descentralização, a citar a incorporação de milhões de brasileiros ao sistema de saúde, aproximando os serviços de saúde dos usuários e qualificando a assistência, particularmente, na atenção básica, através da Saúde da Família. Contudo novos desafios e responsabilidades foram colocados aos municípios como a gestão do sistema de saúde, a gerência da rede própria de serviços de cunho individual ou coletivo e o desenvolvimento de programas voltados para a promoção, proteção e a recuperação da saúde⁽⁹⁾

Oriundos do próprio processo de descentralização novas instâncias e mecanismos de gestão e participação social colocaram outros atores no palco decisório. No que se refere à participação dos atores sociais (gestores, profissionais de saúde, políticos, usuários, dentre outros), na implantação do PSF, o Ministério da Saúde enfatiza sua importância como elemento indispensável para que realmente se efetive um processo de mudança na saúde⁽⁶⁾.

Ainda conforme o Ministério da Saúde⁽²⁴⁾ em estudo sobre a avaliação da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos, entre os elementos facilitadores e limitantes do desenvolvimento da estratégia, encontram-se as resistências de importantes atores, o que exige estratégias abrangentes de ampliação da base de apoio, com processo de discussão prévio e periódico de sensibilização de gerentes da SMS e profissionais de saúde, além de mobilização da população para diminuir resistências e conquistar legitimidade.

Em Mato Grosso a participação social no processo de implantação das ESFs era vista como uma forma de agregar aliados ao processo, como é apresentado no discurso a seguir:

A gente queria na verdade aliados. Você sabe que numa cidade pequena, todo mundo, quando a pessoa não entende a proposta aí começa, quer que atenda pelo programa a pessoa que mora no outro

bairro, que não pertence à Saúde da Família. Na verdade a gente ia ao Legislativo para eles entenderem o que era isso, que havia normas, que não poderiam tá mudando, também para ter aliados caso o prefeito mudasse, vai terminar, teria um aliado. [...] quanto mais atores estivessem envolvidos nesse processo, mais aliados a gente teria (E.1).

Para a reorganização da atenção básica, pretendida pelo PSF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, assim como a renovação dos vínculos de compromisso e de coresponsabilização entre os serviços e a população. Nesse sentido, em alguns municípios matogrossenses as discussões para a implantação das ESFs se estenderam até aos moradores das comunidades, especialmente as lideranças.

No processo de implantação do PSF em Porto Alegre-RS, a participação social através da mobilização de associações de moradores, conselhos locais de saúde e outras entidades comunitárias foram elementos importantes na consolidação da proposta⁽²⁵⁾.

Vale destacar que a implantação do PSF depende também do Conselho Municipal de Saúde, que além de aprovar formalmente a proposta de implantação da estratégia, deve no exercício da função de controle social, acompanhar o processo de implantação e implementação da mesma⁽⁶⁾.

No âmbito da saúde, o controle social exercido pelo usuário/cidadão se concretiza através dos Conselhos de Saúde em seus diversos tipos de organização: Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, Conselhos Gestores de Unidade, Conferências de Saúde e novas formas de participação institucionalizadas como os *fóruns* e plenárias de participação popular. Os conselhos como entidades são espaços de participação de representantes da população e do poder público para a gestão de bens públicos e que contribuem para a constituição de sujeitos democráticos.

Finalmente, no que se refere à definição de territórios a serem cobertos pelo PSF nos municípios, os diferentes atores também imprimiram diversos interesses. Segundo os entrevistados, havia uma autonomia municipal, mas o Estado também orientava para que priorizassem regiões com população de maior carência. Já em determinados locais a escolha também foi motivada principalmente por questões de interesse político.

Alguns implantaram aonde queriam, às vezes ali

não era o mais importante, mas era o que politicamente interessava (E.1).

Conforme o Ministério da Saúde para a definição de territórios de implantação das ESFs, a primeira prioridade é que todos tenham acesso aos serviços de saúde, para garantia da igualdade aos cidadãos. Outros critérios são fatores de risco social, em áreas de concentração de pobreza e exclusão social⁽⁶⁾.

Como evidenciado, as peculiaridades e diferentes situações encontradas, quanto a adesão à proposta, o controle social e a definição de territórios, guardam relação com a própria heterogeneidade de realidades encontradas nos municípios matogrossenses. Um Estado de grande extensão, com distâncias e barreiras geográficas consideráveis entre as cidades e, principalmente, com realidades bastante distintas entre um município e outro, contribuem para ilustrar as diferentes formas de implantação e implementação da proposta da Saúde da Família.

Para se concretizar a implantação do PSF em Mato Grosso foram transpostas muitas etapas e obstáculos. Nesse processo, acumularam-se experiências positivas nos diversos municípios, sobretudo em relação à descentralização político-administrativa da rede de serviços, à garantia de acesso universal ao sistema público, com efetiva ampliação de cobertura da assistência à saúde. No entanto, para a expansão e consolidação da estratégia no Estado, se faz necessário investimentos na implantação e no reforço de ações de avaliação, com vistas ao fortalecimento da Saúde da Família, frente à necessidade de consolidação do SUS e reordenamento atual modelo de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao processo de implantação das ESFs em Mato Grosso, os atores sociais do nível central entrevistados destacam que a adoção do PSF foi facilitada pelo avanço do processo de descentralização em curso no país e pela priorização política conferida pela Secretaria de Estado da Saúde, na gestão governamental de 1998-2002. Destaca-se a dificuldade de interiorização dos profissionais de saúde que ainda é um dos grandes entraves para a consolidação da proposta. No nível municipal merece evidência a expectativa dos municípios, com a possibilidade da viabilização de recursos financeiros para organização e manutenção da rede de saúde.

O PSF, como todo projeto ou atividade, deverá ser devidamente avaliado. Nesse sentido, a evidência das características que delinearão o processo de implantação do Programa Saúde da Família oferece subsídios para o reordenamento do modelo assistencial. Mas é preciso aprofundar a temática e incluir novos elementos para investigação. Esse estudo não pretende esgotar, mas subsidiar novas pesquisas acerca da temática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Legislação Federal Brasileira, Brasília, 2006.
2. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e dá outras providências. Legislação Federal Brasileira, Brasília, 19 set. 1990.
3. Brasil. Norma Operacional de Assistência à Saúde. NOB/96. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 06 nov.1996.
4. Ministério da Saúde (BR). Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1999.
5. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Physis: Rev Saúde Col. 2005;15 (Suppl): 225-64.
6. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília; 2001.
7. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Caderno do gestor municipal de saúde de Mato Grosso. Cuiabá (SES-MT); 2001.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab> (02/02/07).
9. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá (SES-MT); 2002.
10. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Plano diretor de regionalização 2006. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br> (20/05/07).
11. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa.

- In: Minayo MC, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 67-80.
12. Brasil. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em www.datasus.gov.br (02/02/07).
13. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Avaliação da política de saúde de Mato Grosso. Cuiabá (SES-MT); 2000.
14. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Saúde pública em Mato Grosso: ações e perspectivas. Cuiabá (SES-MT); 2000.
15. Costa CHL. História sobre a implantação do PACS e PSF no Estado do Pará. Rev Bras Enferm. 2000;53 (nº. esp):131-3.
16. Souza CM, Gianluppi MVP. Implantação do PSF no Estado de Roraima. Rev Bras Enferm. 2000;53 (nº. esp):135-7.
17. Elias P, Bousquat A, Nakamura E, Conh A. A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001-2003. Rev Bras Saúde Fam. 2004;7(ed. esp.):62-71.
18. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas Cad Saúde Publ. 2005; 21(2):490-8.
19. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 55-123.
20. Mascarenhas MTM, Almeida C. O programa médico de família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. Saúde Debate. 2002;26(60):82-102.
21. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1997. p.229-66.
22. Oliniski SR, Lacerda MR. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. Cogitare Enferm. 2004;9(2):43-52.
23. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil, perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad Saúde Publ. 2006;22 (9):1881-92.
24. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília; 2005.
25. Martini JG. Implantação do PSF em Porto Alegre. Rev Bras Enferm. 2000;53(nº. esp):71-6.