

A SAÚDE COMO DIREITO À CIDADE: POTENCIALIDADES DIFICULDADES DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA NA REDE DE SAÚDE DE NITERÓI

Évelin Generoso Ferreira Fonseca
Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro
evelingeneroso@yahoo.com.br

Introdução

A saúde é um tema de grande interesse para o planejamento urbano, tanto pelo comportamento territorial dos modelos de saúde vigentes e de sua estratégia de articulação em redes, como também pelas racionalidades existentes nas práticas dos seus serviços, das relações de poder entre os atores envolvidos e do papel de cada um no jogo político. Além disso, as questões políticas em torno da saúde pública brasileira também chamam a atenção para a questão das relações existentes entre Estado, justiça, democracia e cidadania; pela definição de quem exerce poder sobre quem nas disputas políticas dentro da saúde pública; das relações e conflitos sociais existentes nos programas de saúde; da delimitação dos espaços de poder e os padrões de espacialidade existentes nas práticas de saúde pública.

A proposta desse trabalho é apresentar uma análise inicial da interação entre o Programa Médico de Família de Niterói e sua rede de saúde, apontando suas potencialidades e dificuldades, com o objetivo de refletir sobre essa temática e assim buscar uma melhor distribuição espacial dos serviços e recursos de saúde disponíveis, além de uma integração mais densa entre os pontos ou nós da rede pública de saúde.

O recorte desse trabalho é a cidade de Niterói, porque este município foi um dos pioneiros na concretização de uma nova política pública de saúde capaz de atender aos preceitos da Constituição Federal de 1988. A escala local foi escolhida para este estudo, porque é onde a política pública de saúde recebe mais visibilidade na vida diária da população, por isso, temos maior possibilidade de analisá-la e apontar sugestões a fim de conseguir melhores resultados práticos.

Esta pesquisa está em fase de andamento e possui cunho qualitativo, produzido a partir da técnica de coleta de dados. A amostra desse estudo é constituída de entrevistas de usuários e profissionais do PMF de Niterói, rede básica de saúde. Foram entrevistadas 135 pessoas, sendo 14 profissionais de saúde, 120 usuários do PMF e o Presidente da Associação de Moradores do Morro do Preventório, local onde foram realizadas as entrevistas.

Os primeiros resultados desse trabalho mostram melhorias na promoção da saúde e na prevenção de seus agravos nos últimos 20 anos, em Niterói; resultados positivos no que se

refere ao direito à saúde e à cidade dos usuários. Porém, ainda existem dificuldades na distribuição espacial dos profissionais, materiais e equipamentos, além da intersetorialidade das ações, principalmente para encaminhar as situações que requerem atendimento nos níveis de atenção mais elevados da rede de saúde.

A saúde como direito

Através de vários dispositivos, a Constituição Brasileira de 1988 trouxe em seus artigos o direito à saúde a todos os cidadãos. A nova constituição também é conhecida como “Constituição Cidadã”. Ela é considerada um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde coletiva. Em seu artigo 196, a saúde, pela primeira vez, é descrita como direito de todos e dever do Estado. É ela que marca a criação do Sistema Único de Saúde como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo.

O texto constitucional demonstra de forma clara que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o conforto social, principalmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando o SUS como um dos direitos da cidadania.

A saúde é uma condição básica para o exercício da cidadania do ser humano e é extremamente relevante para a qualidade de vida da sociedade. Sendo assim, o direito à saúde torna-se indispensável no âmbito dos direitos fundamentais básicos.

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), é o marco regulatório das ações e serviços de saúde. Estão dispostas nesta Lei as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo parâmetros para o modelo assistencial, devendo o Estado prover as condições para garantir a formulação e a execução de políticas indispensáveis ao pleno exercício da cidadania. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- Universalidade - de acordo com este princípio, a "A saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição, independente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais.
- Integralidade – a pessoa deve ser compreendida em sua totalidade, isto é, as ações de saúde devem atender a todas as suas necessidades. A atenção à saúde inclui

tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

- Equidade - todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde. É um princípio de justiça social que precisa garantir a igualdade de assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos. Como o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida.

A partir dos princípios doutrinários do SUS, foram estabelecidos os princípios organizativos, tais como:

- Hierarquização – Refere-se apenas ao nível de complexidade dos serviços oferecidos à população, organizados em unidades regionais que articulam os três níveis de poder – municipal, estadual e federal. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos.
- Regionalização – Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla.
- Participação popular ou controle social – A participação dos usuários (população) na gestão do serviço de saúde foi regulamentada pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde. Isso possibilita um maior controle social dos programas municipais de saúde, promovendo a democratização nos processos decisórios.
- Descentralização – No SUS existem três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições

próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na gestão administrativa e financeira dos serviços de saúde.

As transformações das últimas décadas na saúde do ocidente fazem parte da nova forma de organização do Estado capitalista, contestador dos gastos das políticas sociais, vistos como um peso às finanças públicas. As medidas preventivas de saúde são bastante eficazes, mas a saúde não se resume somente ao nível básico, as pessoas precisam muitas vezes ir além disso. No entanto, um sistema público de saúde mais abrangente requer altos investimentos em tecnologia para atender as demandas dos setores secundário e terciário.

O processo de descentralização da saúde não ocorreu de forma homogênea no Brasil. De acordo com dados do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas em seu relatório do ano de 2000, pesquisas permitiram observar "modelos próprios" de descentralização, isto é, estados e municípios tentando buscar nos recursos locais – físicos, financeiros e humanos - a melhor maneira de se adaptar às novas regras. O papel do estado no processo de descentralização é o de formulação de políticas e programas, de orientação quanto às políticas e aos programas já existentes, e o comprometimento com a melhora na qualidade dos serviços prestados.

A descentralização do Sistema Único de Saúde reduziu o papel da União na participação das políticas públicas de saúde, deixando tanto a gerência como a manutenção desse setor na responsabilidade dos municípios. Apesar dos problemas enfrentados para concretizar um projeto que respondesse aos princípios do SUS, cada município buscou mecanismos próprios.

A criação e a implementação de uma série de programas com a descentralização e a municipalização da saúde permitiu a cada município, conhecedor de seus problemas, agirem de acordo com as suas necessidades. Assim, como a descentralização do sistema de saúde não ocorreu de forma homogênea, seus resultados também não foram iguais.

Apesar dos avanços na questão do direito à saúde e do reconhecimento do Estado como seu indispensável provedor, a amplitude do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) gerou críticas, com relação a sua idealização como algo impossível de ser implantado, além de permitir ingerências do Estado na vida das pessoas.

Para a OMS, a saúde é vista de forma abrangente, levando em consideração o ponto de vista da biologia humana, o estilo de vida, a organização da assistência à saúde e também o meio ambiente, onde as condições da água, do ar, do local de trabalho e moradia podem influenciar no estado de saúde do ser humano.

Percebe-se, nas últimas décadas, a utilização de duas práticas no sistema de saúde. A primeira refere-se às práticas especializadas, onde a prática médica faz uso de hospitais de alta tecnologia. Quanto à segunda, nota-se um esforço para se efetivarem as reformas do sistema de saúde, na qual as práticas médicas estão voltadas para a atenção de promoção da saúde, através da prática preventiva e não meramente curativa e especializada.

Em 1994, o governo federal brasileiro criou o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia assistencial que busca introduzir um novo modelo de atenção à saúde dirigida para a saúde da família, considerando-a em todos os seus aspectos de vida. As ações do PSF apresentam características próprias, embasadas nos princípios do SUS.

Na busca para racionalizar os sistemas de saúde, esta foi dividida em três níveis de atenção, de acordo com o grau de complexidade. O nível primário é aquele dado no atendimento ambulatorial e busca a prevenção de doenças; já o nível secundário pode ser tanto ambulatorial quanto hospitalar. Os serviços de atenção secundária devem estar preparados com profissionais e equipamentos para atender as situações que o nível primário não consegue absorver; já o nível terciário caracteriza-se por ser exclusivamente hospitalar, com a realização de ações especializadas e com uso de tecnologias mais complexas.

Embora o serviço de saúde brasileiro esteja pautado nos pressupostos básicos de ação da saúde, na busca pela prevenção de doenças, o modelo de política do país “apresenta-se como um sistema que privilegia o mercado e o setor privado” (RONZANI e STRALEN, 2003. p. 10). O Estado garante mercado para o setor privado e este por sua vez oferece serviços complexos e de alta complexidade para o Estado.

Com tudo isso, verifica-se uma ambiguidade na reforma do sistema de saúde brasileiro, porque enquanto a legislação prioriza a prática preventiva, as ações do Estado fazem reduzir sua participação social para dar lugar à livre concorrência do mercado.

Ronzani e Stralen (2003) nos dizem que:

Para se chegar a ações efetivas na promoção em saúde, é necessário, dentre outras ações, o planejamento de políticas de saúde, a integração de ações de saúde com outros setores como meio-ambiente e a economia, a participação e o controle social das políticas de saúde.

Em 1997, Garcia¹ escreveu que a saúde pública passava por uma crise, pela falta de atendimento médico adequado e pela crescente privatização do sistema de saúde que exclui aqueles que não podem pagar por um plano de saúde. Naquele momento, o serviço de saúde

¹ Eloi S. Garcia foi presidente da Fundação Oswaldo Cruz entre os anos de 1997 e 2001.

não dava conta de toda a demanda e os custos do serviço privado não eram compatíveis com a poder aquisitivo de grande parte da população.

Outro problema mencionado por Garcia (*ibidem*) é o baixo investimento em pesquisas e no desenvolvimento de produtos e processos no setor de saúde. “Em um setor amplamente dominado por multinacionais, faz-se urgente e necessário que as instituições nacionais de pesquisa em ciências e tecnologia aplicadas à saúde pública trabalhem com afinco na busca de soluções para os problemas que afligem a população brasileira”. (GARCIA, *ibidem*, p.1).

Após 20 anos da promulgação da última Constituição Federal, a saúde brasileira ainda sofre com graves problemas. Podemos listar as principais dificuldades dos postos de saúde e hospitais públicos: superlotação, filas para atendimento, falta de médicos, falta de medicamentos, aparelhos quebrados, prédios mal conservados. Quem mais sofre com esses problemas é a população mais pobre que não tem condições de pagar por um plano de saúde e comprar remédios caros. Sendo assim, não podemos dizer que atualmente o direito à saúde seja pleno.

As políticas públicas fundamentadas no princípio da equidade devem ser priorizadas, ou seja, a política deve ser adequada às necessidades dos indivíduos e das localidades onde estão inseridos, respeitando a saúde como um direito de acesso do cidadão à saúde e também à cidade.

A equidade é um dos principais propósitos dos sistemas de saúde modernos. Há inúmeros princípios de equidade em saúde chamando a atenção para as noções de justiça na distribuição dos recursos e profissionais pelo espaço geográfico. De acordo com a OMS, todas as pessoas devem ter condições de atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias econômicas e sociais de cada um determinem a consecução desse alvo.

Furtado e Pereira (2010, p.4) definem equidade em saúde como: “a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente”. Sendo assim, um aspecto fundamental para garantir a equidade em saúde é o acesso aos cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos.

O princípio de direito à cidade busca uma maneira mais igualitária no espaço urbano, “dentro de uma visão de cidade como produto histórico e fruto do trabalho coletivo” (RIBEIRO, 2003, p. 30). Este autor prossegue afirmando que esse princípio “pressupõe a adoção de uma política redistributiva que inverta prioridades relativas aos investimentos públicos e se traduz na garantia de acesso de toda a população aos benefícios da urbanização” (*ibidem*, 2003, p. 30). Segundo Grazia (2003), a questão do direito à cidade e à cidadania, pode ser

compreendida como uma lógica universalizante do acesso a equipamentos e serviços urbanos, a condições de vida dignas na cidade e ao direito real a um espaço rico e diversificado culturalmente, especialmente, em uma dimensão política de participação da sociedade urbana na forma de conduzir o seu próprio destino. Todavia, o direito à cidade aparece atualmente como utopia, isto é, um sonho cuja realização só seria possível com o crescimento da riqueza social concomitante às modificações nas relações sociais, como assinala Lefebvre (2008, p. 34) na citação a seguir:

O direito à cidade, tomado em toda a sua amplitude, aparece hoje como utópico (para não dizer pejorativamente: utopista). E, entretanto, não se deve incluí-lo nos imperativos, como se diz, dos planos, projetos, programas? Os custos podem parecer exorbitantes, sobretudo se contabilizados nos marcos administrativos e burocráticos atuais, colocando-os, por exemplo, nas contas das “comunidades locais”. É óbvio que só um grande crescimento da riqueza social, ao mesmo tempo que profundas modificações nas próprias relações sociais (no modo de produção), pode permitir a entrada, na prática do direito à cidade e de alguns outros direitos do cidadão e do homem. Um tal desenvolvimento supõe uma orientação do crescimento econômico, que não mais conteria em si sua “finalidade”, nem visaria mais uma acumulação (exponencial) por si mesma, mas serviria a “fins” superiores.

Para que o direito à cidade não fique apenas no plano das ideias, o Estado deve retomar sua função social, assegurando a toda sociedade o acesso igualitário aos bens e serviços urbanos. O primeiro passo para que se atinja a justiça territorial é permitir o cumprimento do ideal da gestão democrática da cidade, através do controle social e da participação da população na elaboração, implantação e avaliação de políticas públicas condizentes com suas necessidades, que não sejam apenas redistributivas, mas também afirmativas em relação aos direitos básicos que ainda não existem, mas que deveriam existir.

A ótica da equidade e do direito à saúde serão os pontos de partida para analisar as potencialidades e dificuldades da rede de saúde de Niterói, partindo da perspectiva da acessibilidade, tanto na distribuição quanto na provisão dos serviços e equipamentos de saúde no espaço geográfico.

Potencialidades e dificuldades do Programa Médico de Família na sua relação com a rede de saúde de Niterói

No âmbito geral, os habitantes de Niterói possuem uma extensa rede de equipamentos de uso coletivo e de serviços, além da rede de saúde. Isso está relacionado, em parte, ao

legado de capital do antigo estado do Rio de Janeiro. Com relação aos serviços voltados para a saúde, é possível afirmar que o município apresenta uma oferta de serviço de saúde pública superior à média nacional. “A extensa rede de serviços no município ocasiona uma grande procura por parte da população residente em outros municípios, o que certamente interfere na organização e gestão do sistema local de saúde”, afirmam Senna e Cohen (2002, p.4).

O Município de Niterói pode ser reconhecido como um dos pioneiros na adoção de estratégias de organização do sistema local de saúde, baseadas nas diretrizes de: integração interinstitucional, hierarquização, integralidade das ações sanitárias e participação popular. Estas diretrizes norteavam, já no início da década de 1980, as Ações Integradas de Saúde e posteriormente o Sistema Unificado de Saúde, precursores do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a descentralização do SUS, em 1988, as unidades de saúde que antes eram responsabilidade da União e do Estado foram assumidas pelos municípios. A Prefeitura de Niterói assumiu várias unidades de saúde completamente distintas e desintegradas.

Em 1991, Niterói criou o Programa Médico de Família que defende uma medicina social com ênfase no atendimento primário. Essa atenção à saúde em Niterói é coerente com a construção de uma abordagem extensiva dos problemas de saúde que inclui um amplo programa de reformas sociais. O PMF foi baseado no conceito de distritalização da saúde, onde o território é dividido em setores. No caso de Niterói, o município foi separado em distritos sanitários onde cada um é responsável por cuidar dos seus recursos e dos seus problemas, criando práticas adequadas para a realidade na qual está inserido. Essa divisão distrital visa unir a clientela ao serviço e à equipe de saúde. Dessa maneira, espera-se que a equipe se torne referência para as comunidades nos assuntos ligados à saúde.

O objetivo da criação do PMF era de que este Programa servisse como um canal de entrada preferencial para os estabelecimentos de maior complexidade na oferta de serviços de saúde no município e diminuir o excesso de pessoas internadas nos hospitais do município. Buscava-se também com a criação desse Programa oferecer à população das áreas de risco social e ambiental a oportunidade de acesso aos recursos de saúde e de assistência integral e continuada.

O ponto principal da pesquisa foi avaliar se o direito à saúde, um direito social básico para as condições de cidadania é garantido aos usuários do Programa Médico de Família em Niterói. As entrevistas foram realizadas nos dois módulos do Programa no Morro do Preventório, no bairro Charitas, na Zona Sul do município de Niterói, a aproximadamente 6 km do centro dessa cidade. O Programa atende a aproximadamente 10.000 pessoas nessa localidade. Todas as entrevistas foram numeradas, os supervisores são identificados pelas letras

a e b, os profissionais de saúde (médicos e técnicos de enfermagem aparecem identificados do número 1 ao 11) e os usuários são identificados pelo sexo (F-feminino ou M-masculino), idade e o setor onde vive na localidade (001 ao 006).

O PMF pode ser considerado uma baliza político-social em Niterói, pois em pouco mais de 20 anos de atividades obteve grandes avanços sociais. Contudo, observamos que existem alguns entraves desse Programa quando se trata da sua inserção na rede pública de saúde que dificultam garantir efetivamente o direito do cidadão à saúde e à cidade, como veremos adiante.

Do Ideal ao Real

Segundo os dados do Programa Médico de Família, toda a população do Morro do Preventório encontra-se cadastrada em um dos dois módulos presentes na localidade.

A seleção dos pacientes para atendimento nos módulos é feita através de consultas previamente agendadas. Os pacientes do grupo de risco são considerados prioritários (grávidas, idosos, hipertensos). Durante as consultas surgem às demandas efetivas e específicas (pequenos casos de emergência). O atendimento da demanda está vinculado ao risco do paciente. A técnica de enfermagem avalia as condições de saúde do paciente fazendo uma triagem daqueles mais necessitados de atendimento.

Segundo um dos profissionais de saúde 3,

“Nem todos os moradores do Preventório usam o Programa, alguns moradores possuem plano de saúde, mas é uma minoria. Outros trabalham durante a semana, no horário do funcionamento dos módulos e por isso os profissionais de saúde não conseguem acompanhá-los”.

Logo nas perguntas iniciais a respeito do PMF verificamos que grande parte dos usuários desconhece os conceitos estratégicos do Programa, sua prática política e a consciência sanitária como caminho para uma transformação social. Boa parte dos usuários informou que desconhece todos os serviços que o Programa presta e comparece ao módulo somente na ocasião marcada pelo médico, quando precisa fazer algum exame ou buscar remédio, e até mesmo em caso de emergência. Poucos pacientes responderam que estavam indo ao módulo fazer algum tipo de prevenção. Contudo, o PMF trabalha na perspectiva da prevenção, sempre em busca do controle dos riscos (medicina preventiva) e no controle dos danos (medicina curativa).

Ao serem questionados a respeito do atendimento de saúde antes da implantação do PMF e se houve alguma mudança na saúde com a implantação do Programa, os usuários responderam que antes do Programa existir o acesso à saúde era mais difícil e precário, porque tinham que se deslocar para longe para receberem atendimento e precisavam acordar cedo para pegar uma senha no hospital. Para os usuários, o Programa facilitou e melhorou bastante o acesso à saúde. No entanto, alguns usuários se queixam da deterioração do Programa com o passar dos anos. Além do mais, foi mencionado o entrave existente para ter acesso aos outros níveis da saúde, já que o usuário deve receber encaminhamento do PMF para conseguir realizar uma consulta ou fazer um exame na rede de saúde.

O Programa deveria ser a “porta de entrada” para os outros níveis, mas não consegue escoar as demandas de todos os usuários para realizar exames e cirurgias e por esse motivo o PMF torna-se praticamente a única porta de acesso dos usuários à saúde. Dessa forma, a saúde fica limitada ao atendimento básico. Conforme informa o profissional de saúde 1, *“demora em torno de 2 anos para marcar uma referência, um oftalmologista; um exame de maior complexidade, como uma mamografia. Isso porque a rede não funciona como rede, não há intercomunicação!”*, exclama o profissional.

Esse problema pode ser verificado também em outros depoimentos:

“O PMF reconhece o direito básico, mas a saúde básica não é plena, o cidadão precisa muitas vezes ir além disso, e não consegue” (profissional de saúde, 7).

“Aos poucos eles estão se integrando, mas ainda há um abismo [...]. Se estivesse bem estruturado, esse seria o caminho. Mas, não é essa a intenção do ministério da saúde, em nível nacional. A finalidade é ficar na base mesmo e não avançar” (profissional de saúde, 3).

Um dos médicos nos informou durante a entrevista que ainda há fragilidades na rede de saúde municipal, devido à falta de informatização da rede de saúde, ao déficit de profissionais e ao pensamento médico, ainda voltado para a cura da patologia e não para a linha do cuidado. Para o médico, os níveis da rede de saúde devem caminhar juntos, contudo não é isso que ocorre. *“Uma reorganização dos outros níveis da rede, sua informatização e a contratação de novos especialistas podem aumentar a oferta de serviços e um maior acesso dos moradores de Niterói à saúde”*, acredita o médico.

Segundo os profissionais do PMF a carência de médicos na rede está relacionada aos baixos salários e as precárias condições de trabalho nos hospitais públicos.

A rede de saúde de Niterói possui uma central de vagas, onde todas as unidades básicas enviam referências (transferência de um paciente para um estabelecimento especializado onde possa ser realizadas consultas, exames, tratamentos e cirurgias). Quando o

PMF foi pensado como modelo de saúde para o município de Niterói, seus usuários teriam prioridade de atendimento na rede de saúde. Todavia, *“o PMF foi instituído paralelamente a rede e se sente traído por isso”*, conta o profissional de saúde 3.

A rede de saúde não se comunica bem. Os médicos do PMF não recebem da rede a contrarreferência (uma resposta) dos seus pacientes, para fazer o devido acompanhamento. Essa dinâmica é importante para garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades.

Todos esses fatores reunidos prejudicam a continuidade da atenção básica. Os moradores de Niterói entrevistados consideravam o nível básico um entrave à rede e admitiram usar o famoso “jeitinho” para alcançar os demais níveis da rede de atenção à saúde. Esse “jeitinho” do qual falam expressa a contra-lógica do direito social universal de acesso, pois faculta o direito a quem mantém relações sociais com pessoas que ocupam lugares estratégicos na rede e que por meio de uma “política de favores” alcançam por dádiva o que lhe seria de direito, mutilando sua condição cidadã, e a dos demais usuários.

Segundo a profissional de saúde 5, *“Se tivesse uma rede de saúde unificada, teríamos uma boa rede básica com suporte nos outros níveis”*.

As condições de trabalho nos módulos do Preventório são complicadas em termos de infraestrutura material. Quanto à questão de recursos humanos, profissionais de saúde e pacientes concordam que há necessidade de ampliar o módulo e o número de equipes de saúde. Quando o Programa foi inaugurado, o número de pacientes por equipe era de 700 pessoas, hoje esse número ultrapassa 1300 pessoas. Para os profissionais de saúde é necessário ter pelo menos um agente de saúde para fazer campo e vacinar e um profissional para lidar com os assuntos burocráticos dos módulos. Atualmente os profissionais de saúde, além de darem atendimento nos módulos e fazerem visitas domiciliares precisam desempenhar esses serviços burocráticos, por isso, *“sobra pouco tempo para atuar na pessoa, no ser humano”* (profissional de saúde 7). *“Não sei se cuido dos pacientes ou dos papéis”*, diz o profissional de saúde 5.

Consonante com essa opinião, o profissional de saúde 3 alega: *“Os profissionais têm que desempenhar várias funções, isso gera um desgaste enorme. Devem ter outros funcionários para fazer funções administrativas, para que os profissionais de saúde possam se concentrar na sua função de prevenção”*.

Outro ponto apontado pelos profissionais é a falta de informatização da rede de saúde municipal dificultando a marcação consultas e exames e até mesmo o preenchimento de guias de referência e contrarreferência. Através da informatização da rede, o próprio médico do

PMF poderia verificar os locais e dias disponíveis para marcar um exame ou a consulta com um médico especialista da rede. Para conseguir marcar uma consulta o profissional de saúde do PMF precisa encaminhar uma referência para a central de vagas e aguardar uma reposta. Essa resposta pode durar meses e os pacientes cobram por uma solução, pensam que é má vontade dos médicos como informa o profissional 3: *“O usuário me vê como uma parede que dificulta o acesso dele a outros centros, porque pra ele ser encaminhado ele precisa passar por aqui”*.

A população usuária do Programa e os profissionais de saúde reconhecem que todos esses problemas apontados afetam bastante a qualidade do atendimento nos módulos, como podemos perceber nos depoimentos de alguns usuários que se queixam de algumas questões enfrentadas cotidianamente:

“Eu era bem atendido no Antônio Pedro, agora preciso de encaminhamento para ir ao hospital. Pra mim, piorou.” (F, 50 anos, Setor 004).

“O pessoal tem muita boa vontade, tratam bem, a culpa é do governo. Eles fazem o que podem com o que tem aqui. Fazem campo, atendem quem não pode levantar da cama. O exame é muito demorado, leva 1 ano pra chegar o resultado”. (F, 26 anos, Setor 007)

Apesar dos problemas apontados, o PMF atua de forma permanente no espaço do Preventório e provoca mudanças significativas na educação, na prevenção e na conscientização da importância que o espaço físico representa para a saúde. Os moradores são acompanhados e vigiados a fim de prevenir possíveis enfermidades. O PMF fiscaliza a construção de novas casas no Preventório. Caso isto esteja ocorrendo em área de risco ou em área de proteção ambiental chamam a Prefeitura para impedir. O PMF também atua ativamente na melhoria da gestão dos resíduos sólidos, no combate aos focos de acúmulo de água a fim de reduzir a proliferação dos vetores de doenças. Conforme cita o Profissional de saúde 7, *“o Preventório tem muitos problemas, mas são pequenos se comparados a outras áreas do país”*.

Para a supervisora “a” do PMF, a principal mudança do PMF no Preventório foi o resgate da cidadania dessa população que anteriormente não tinha acesso aos serviços básicos de saúde, não tinha informação e não conseguia se organizar para lutar por melhorias sociais. Nesse sentido, à luz do depoimento desta supervisora, os moradores do Morro do Preventório não usufruíam dos seus plenos direitos de cidadão, uma vez que a saúde constitui-se em um direito social básico da população. Cabe ressaltar que para o usufruto pleno deste direito, não basta a oferta de serviços assistenciais para o tratamento e cura das enfermidades, mas sim,

associar a esta oferta um trabalho de educação em saúde para o autocuidado, o que inclui o cuidado de si (seu próprio corpo), da família e do meio em que vivem.

A relação entre espaço e saúde assume um papel cada vez mais desafiador, exigindo a emergência de novos saberes para apreender os riscos que um ambiente não saudável pode provocar na saúde da sociedade. No Preventório, a educação ambiental promovida pelo PMF possui uma ação transformadora, onde os moradores/usuários do Programa são corresponsáveis pela promoção da saúde e pela melhoria da qualidade de vida do espaço em que habitam. Nesse sentido, a educação promovida pelo PMF no Preventório contribui para qualificar o direito de acesso à informação no que se refere às questões relacionadas ao espaço e a saúde, fortalecendo a cidadania dos usuários do PMF.

Os profissionais de saúde entrevistados afirmam estarem satisfeitos em trabalhar no Programa, embora tenham anseios, mas têm confiança de que algum dia a saúde pública melhore. Estes profissionais disseram que estão desempenhando esse trabalho por paixão.

Com relação ao atendimento pelos profissionais de saúde, existe um bom relacionamento pessoal dos profissionais de saúde com os pacientes, embora o excessivo número de pacientes não permita um tempo maior na duração das consultas. Quase todos os profissionais se queixam da sobrecarga de trabalho e da defasagem salarial. Mas, ao serem questionados sobre a satisfação em trabalhar no Programa, todos afirmaram estar satisfeitos, apesar dos problemas enfrentados.

Apesar de algumas deficiências o Programa Médico de Família avançou bastante em termos de assistência primária e no resgate da cidadania da população mais empobrecida da cidade. Mas, o PMF não garante o pleno acesso à saúde, porque o acesso da população usuária é limitada ao nível primário e a rede de saúde de Niterói não consegue dar vazão aos pacientes aos níveis de maior complexidade da rede de saúde, como podemos verificar no depoimento do Profissional de saúde 7:

Essa situação pode ser percebida quando precisamos encaminhar um paciente com um problema grave, como uma paciente minha que está com mioma há 4 anos, já está com referência, mas não consegue fazer a cirurgia. O mioma já está pra fora, a mulher está em estado terminal, esse é um exemplo entre vários. Só o PMF não garante o acesso pleno à saúde, tem que ter o apoio da rede.

Ainda que seja repleto de carências de recursos humanos e materiais fundamentais e de dificuldades a ser enfrentadas, o Programa Médico de Família no Preventório retira os moradores da desassistência total, pelo acesso de todos os moradores ao serviço básico de saúde, através das ações de promoção à saúde e prevenção aos seus agravos, facilitando o

acesso à informação que, em linhas gerais, contribui para o alcance da conscientização dos usuários no que tange aos seus direitos e deveres para com a sua saúde, de sua família e do espaço onde vivem.

Em decorrência dos resultados e discussões construídas ao longo deste trabalho, pode-se concluir que o Programa Médico de Família de Niterói apresenta um relativo êxito. As intervenções no território, realizadas pelo PMF no Preventório são benéficas para a população por contribuírem para a construção de uma nova cultura de respeito ao espaço em que vivem e de cuidado com a saúde.

Objetivando a efetivação do direito do cidadão à saúde e à cidade é necessário um esforço político para que o Sistema de Saúde funcione como o planejado. A rede de saúde deve funcionar como uma rede efetivamente integrada, onde as pessoas possam ter acesso aos demais níveis, sem precisar burlar o sistema. No intento de reverter essa situação, as esferas Federal, Estadual e Municipal devem estar inteiramente articuladas. Esse entrelaçamento precisa sair do papel e se tornar real. Para tanto, as questões relativas à saúde devem deixar de lado as disputas políticas. Destarte, salienta-se que sem dúvida, a institucionalização do Programa Médico de Família pode ser considerada um marco político-social na história da saúde do município de Niterói.

Conclusão

Os resultados iniciais da nossa pesquisa apontam que não há efetividade na comunicação entre o PMF e a rede de saúde de Niterói. Os médicos da atenção básica de saúde não recebem da rede a contrarreferência (uma resposta) dos seus pacientes, para fazer o devido acompanhamento. Além disso, os profissionais de saúde se queixavam da falta de informatização da rede dificultando a marcação de consultas e exames. Outro problema apontado pelos profissionais de saúde foi a falta de médicos especialistas, pois, sem estes profissionais, não havia como ampliar a oferta de serviços nos níveis secundários e terciários, deixando a rede primária comprometida.

Entender a complexidade e a funcionalidade dos elementos que integram a rede de saúde, e como deveria se dar o sistema de referência e contrarreferência é uma importante via de análise para que se possa melhor entender os sucessos e os fracassos dos Programas que integram as políticas públicas de saúde.

A rede de saúde deve funcionar como uma rede efetivamente integrada, onde as pessoas possam ter acesso aos demais níveis, sem precisarem burlar o sistema. No intento de

reverter essa situação, as esferas de gestão do SUS: Federal, Estadual e Municipal devem estar inteiramente articuladas. Esse entrelaçamento precisa sair do papel e se tornar real. Para tanto, as questões relativas à saúde precisam ser tratadas com prioridade no campo das políticas públicas para não se tornarem reféns de disputas de poder.

Referências bibliográficas

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*.

FURTADO, C e PEREIRA, J. *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa, 2010.

GARCIA, Eloy. *Saúde Pública: investimento prioritário*. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 13. n.1. Rio de Janeiro, 1997.

GRAZIA, Grazia de. *Reforma Urbana e Estatuto da Cidade*. In: Ribeiro, L. C. Q. e Cardoso. A. L. Reforma Urbana e Gestão Democrática: promessas e desafios do Estatuto da Cidade. Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2003.p.53-69.

LEFEBVRE, Henri. *Espaço e política*. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2008.

RIBEIRO, Luiz César de Queiroz. & CARDOSO, Adauto Lucio (Orgs). *Reforma Urbana e Gestão Democrática: promessas de desafios da Cidade*. Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2003.

RONZANI, T. M. & STRALEN, C. J. V. *Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro*. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 99-107, 2003.

SENNA, Mônica de Castro Maia e COHEN, Mirian Miranda. *Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência*. Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, V.7, n.3, p.523-535, 2002.