

O programa de saúde da família em São Paulo

DAVID CAPISTRANO FILHO

NÃO É POR FALTA DE LEI que a saúde dos brasileiros anda tão mal das pernas. Ela é “direito de todos e dever do Estado”, proclama a Constituição promulgada em outubro de 1988, que a seguir assegura o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.” (art. 198) (1).

Todos sabemos que, mais de dez anos depois, estamos longe desses objetivos. Na realidade, há mais de três décadas, todas as correntes de opinião repetem as denúncias da “falta de recursos financeiros, dos baixos salários, da deterioração dos equipamentos e dos serviços como um todo” (...) como os dizeres de uma ladainha que se repete cotidianamente nos cânticos dos devotos (...) (2).

Apesar do barulho dessa litania, amplificada pelo sensacionalismo e cumplicidade com interesses mercantilistas da maioria da mídia, pipocam há mais de 20 anos, em todo o país, iniciativas de mudança, esforços de transformação dos textos constitucionais e legais em realidades vivas (3). Essas iniciativas e esforços tiveram sucesso em maior ou menor grau, lograram durabilidade variável (entre outras razões por serem, na esmagadora maioria, de âmbito municipal), mas demonstraram que é possível reorganizar profundamente a assistência à saúde no nosso país. Provaram que os dizeres constitucionais não são devaneios, mas pontos de apoio e guias confiáveis para as mudanças necessárias.

Uma história recente

Uma dessas iniciativas é o *Programa de saúde da família* (PSF), fruto da combinação de dois programas incentivados pelo ministério da Saúde, o que lhe deu nome (iniciado em 1994 e expandido a partir de 1995) e o

de agentes comunitários de saúde (PACS, de 1991). Implantado primeiro em cidades pequenas, situadas em áreas de baixa densidade populacional, onde a regra é a escassez de serviços e profissionais de saúde, que apresentavam uma morbi-mortalidade mais próxima da que caracteriza os países do Terceiro Mundo (alta mortalidade infantil e materna, predomínio das enfermidades transmissíveis, baixa esperança de vida ao nascer), o PSF apresentou resultados extraordinários (4). Em alguns municípios do Ceará, Pernambuco e Minas Gerais, a mortalidade infantil reduziu-se à metade, e continua a diminuir. Reduziram-se as internações hospitalares por desidratação, aumentou a aderência de pacientes de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase aos tratamentos prescritos. As ações de educação para a saúde, há tanto tempo apenas preconizadas, começaram a dar frutos: aumentou o número de gestantes que completavam seis ou mais consultas de pré-natal, elevou-se a cobertura vacinal e a porcentagem de mães que amamentam seus filhos por mais de quatro meses.

A única grande cidade pioneira nesse programa, Niterói (RJ), também apresentou nas áreas de implantação resultados excelentes. Importante ressaltar que, nessa cidade, sede de uma universidade federal e vizinha do Rio de Janeiro, a cultura da busca espontânea de cuidados nos serviços que, alegadamente incorporam tecnologia de ponta, cedeu lugar ao apreço pela modalidade assistencial que assegura a reconstrução da relação de confiança médico-paciente (e mais amplamente, equipe de saúde-comunidade), a continuidade e humanização dos cuidados.

Mesmo tendo se espalhado por dezenas de cidades do Nordeste, de Minas, e chegando à periferia de capitais como Porto Alegre, Recife e São Luís, o programa de saúde da família continua a ser visto apenas como mais um programa, limitado, *bom para os pobres e pobre como eles*. As razões dessa dificuldade são múltiplas (5), mas uma têm um peso decisivo: o PSF ainda não passou por uma prova de fogo no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte e São Paulo, as grandes megalópoles brasileiras, caixas de ressonância ouvidas em todos os rincões de nosso imenso e diverso país.

Não é que o PSF seja desconhecido em São Paulo. Em 1996 ele desembarcou no distrito de Itaquera, fruto de um convênio que reuniu o ministério da Saúde (então dirigido pelo professor Adib Jatene), a secretaria estadual e o hospital Santa Marcelina. Desde então, constituiu 40 equipes, formadas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, responsáveis cada equipe por 800 a 1.000 famílias, divididas em microáreas, cada uma com 150 a 200 famílias, confiada a um agente comunitário. O PSF de Itaquera intuiu que a batalha em

São Paulo seria travada no terreno da qualidade da atenção, e nomeou-se Qualis (Qualidade Integral à Saúde). Hoje, é responsável por mais de 120 mil pessoas. Suas equipes resolvem 95% dos problemas de saúde da população adscrita, encaminhando para serviços especializados e hospitais menos de 5% dos pacientes atendidos. Esses paulistanos são tão favoráveis ao programa que *contaminam* os moradores dos bairros vizinhos, levando-os a reivindicar a inclusão no Qualis (6).

A enorme maioria dos municípios brasileiros tem menos de 120 mil habitantes. Mas para uma cidade de dez milhões de almas, esse número é pouco mais que uma gota d'água no oceano.

Convencido da potencialidade do PSF, tanto para melhorar as condições da assistência como para constituir-se em estratégia de mudança do modelo assistencial e de implantação efetiva do SUS, em 1997 o professor Adib Jatene procurou o governador Mário Covas e o secretário José da Silva Guedes, propondo a expansão do Qualis para novas áreas da cidade. Tanto o governador como o secretário conheciam, pessoalmente, os resultados alcançados em Itaquera. Decidiram expandir o programa. O secretário sugeriu as áreas da Zona Norte e do Parque São Lucas, onde havia, respectivamente, uma unidade construída e reformada por duas vezes, que jamais havia funcionado; e outra em fase de conclusão, depois de oito anos de interrupção das obras. Foi redefinido o uso previsto para aqueles prédios, que passaram a abrigar ambulatórios de especialidades e equipes de saúde da família, concebidos como *sedes* dos programas para os bairros circunvizinhos à Vila Nova Cachoeirinha (Zona Norte) e Parque São Lucas (Zona Sudeste), ao qual se agregou o distrito de Sapopemba, o mais populoso e problemático da cidade (7).

Em novembro daquele ano foi celebrado acordo com a Fundação E.J. Zerbini, designada gerenciadora do programa, e no dia 18 de fevereiro de 1998 foram inauguradas as Unidades de Saúde *Vila Espanhola* (ZN) e *Jardim Guairacá* (ZS). Até o momento são 41 equipes de saúde da família, até agosto do corrente ano serão 61.

O Qualis/PSF, implantado nos distritos de Vila Nova Cachoeirinha, Vila Brasilândia, Freguesia do Ó, Parque São Lucas e Sapopemba, e o Qualis/Itaquera, juntos, atenderão cerca de 400 mil paulistanos. Cabe registrar uma diferença: o Qualis iniciado em 1998 decidiu ampliar a cobertura de suas equipes para 1.200 famílias, levando em consideração o tamanho médio da família paulistana de baixa e média renda de hoje, que varia de 3,7 a 4,3 membros por família.

Um começo acertado

A implantação do Qualis/PSF começou por onde deveriam ter início todas as iniciativas de renovar nosso sistema de saúde: pela mobilização da comunidade. Cada um dos bairros, conjuntos habitacionais e favelas teve a oportunidade de reunir seus moradores, de conhecer detalhadamente as propostas, de debatê-las com os técnicos responsáveis pela construção do programa. E cada técnico teve a oportunidade de conhecer a história daquelas comunidades, suas formas de convivência e organização, a hierarquia de seus problemas estabelecida por quem os sofre, as suas aspirações e frustrações.

As raízes do Qualis/PSF estão plantadas nesse solo de participação. É a partir de tais raízes que floresce uma relação de respeito entre médicos, enfermeiras e agentes comunitários. É a partir delas que melhor se compreende a cultura sanitária predominante na população, fruto da acumulação acrítica de saberes julgados científicos no passado, mas também resultantes de esforços ingentes para sobreviver em meio a toda sorte de privações e adversidades. Conhecer o que há de útil e eficaz no saber da população foi uma decorrência natural desses contatos, bem como o afã de legitimar aquelas práticas que dão resultado, mas não são reconhecidas, usando o método científico. Essa é uma das características diferenciais do PSF paulistano em implantação.

A busca da qualidade é inseparável do conceito-chave da integralidade da assistência. E a integralidade requer o suporte de serviços ambulatoriais especializados, a retaguarda laboratorial e a inclusão dos cuidados nas áreas da saúde mental, bucal e do parto. Os responsáveis pelos programas de Cabo de Santo Agostinho (Pernambuco) e do Qualis/Itaquera (8) enfatizaram a necessidade de uma abordagem holística dos problemas dos pacientes, que se coadune com o propósito do PSF de olhar o enfermo no contexto familiar e social em que vive. Não faz sentido persistir na visão reducionista que codifica e separa os problemas em biológicos, psicológicos e sociológicos e nas respostas fragmentadas coerentes com este enfoque e, nas situações graves de saúde mental, manter a resposta ineficaz e nociva do modelo manicomial (9). O mesmo pode ser dito a respeito da problemática da saúde bucal, sobre a qual a velha saúde pública agia apenas mediante práticas preventivas fragmentadas e o uso intensivo do boticão. Já a separação entre o pré-natal, o parto e os cuidados à mãe e à criança no pós-parto mantinha as gestantes sujeitas à desumanização e medicalização do parto, traduzida em porcentagens de cesárea que beiravam os 50%, e excluía as primeiras horas de vida do recém-nascido dos cuidados capazes de reduzir a elevada mortalidade neonatal precoce.

Gastão Wagner de Souza Campos, em texto de 1992 (10), propõe que “o desenho da rede brasileira de primeiro atendimento deveria inspirar-se mais nas noções dos defensores da integração sanitária do que em experiências como a da Inglaterra ou de Cuba.” Três anos antes, apontava “duas tarefas principais” para a rede básica de serviços: “prover o atendimento ambulatorial básico às intercorrências clínicas de todas as faixas etárias e concomitantemente desenvolver ações de saúde pública”. Agregava que as duas tarefas deveriam “ser organizadas de forma integrada” (11). De certa forma, Gastão retoma a história dos Centros de Saúde desenvolvidos no início do século nos Estados Unidos e que também buscavam a integração entre cura e prevenção (12). Essa é a diretriz do Qualis/PSF quando incorpora as áreas mencionadas e se desenvolve articulado à assistência ambulatorial especializada, buscando também a integração com hospitais de retaguarda e até organizando serviços *híbridos*, como a Casa de Parto de Sapopemba, inaugurada em setembro de 1998 (13).

A capacitação

Perseguir a qualidade requer qualificar e manter atualizados médicos, enfermeiras, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – enfim, todos os profissionais da equipe de saúde. Uma dificuldade adicional surge quando verificamos que, no Brasil (como, de resto, em muitos países da América Latina), não formamos, de forma regular e sistemática, nem médicos de família, nem clínicos gerais (14) (15) (16). Alguns, considerando insuperável essa dificuldade, preferem pensar equipes com médicos pediatra, ginecologista/obstetra e clínico (17). Outros propõem modalidades de formação longas e dispendiosas (18).

O Qualis/PSF moldou seu programa de capacitação com o duplo propósito de proporcionar aos profissionais de nível superior uma revisão e atualização dos conhecimentos técnicos e científicos, com quatro meses de duração e carga horária semanal de concentração de oito horas, e um programa de educação continuada, realizado com todos os integrantes da equipe, a partir da experiência concreta da atenção. A educação continuada, não estando centrada na aquisição de conhecimentos e habilidades técnico-científicas de última geração, pode debruçar-se sobre as questões do trabalho em equipe, do aprendizado mútuo, do relacionamento com a comunidade e da extração de leite das pedras: como buscar obstinadamente melhorar as condições de vida e saúde de grupos sociais que vivem com tão pouco e tão mal (19).

O programa de capacitação específico dos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem busca formar uma compreensão da história da saúde no Brasil, das concepções que, ao longo do tempo, foram se enfrentando e prevaleceram, vinculadas aos diversos momentos de desenvolvimento de nossa sociedade. A partir do estudo do processo da chamada *reforma sanitária brasileira* e de seu resultado maior, os quatro artigos que compõem o *capítulo* saúde em nossa Constituição Federal, eles conhecem a controvérsia acerca dos *modelos assistenciais* e chegam ao exame da situação atual e da proposta do PSF.

O Qualis/PSF entende que há três conceitos essenciais para o entendimento do programa: o de *grupo*, o de *território* e o de *responsabilização*. Ao buscar evitar qualquer enfoque medicalizante, psicologizante ou sociologizante da família e de seus problemas, o programa propõe a formação ou o fortalecimento de organizações e entidades que efetivamente existam na comunidade, não-recortadas por patologias (grupos de hipertensos, de diabéticos, de idosos, de tóxico-dependentes) ou situações especiais (grupos de gestantes, de mães, de adolescentes).

Não é que esses grupos deixem de ser formados: eles o são, na prática cotidiana e submetidos à lógica do atendimento, da consulta (seja médica, de enfermagem etc.), no âmbito das unidades de saúde. E são grupos muito úteis. O que não se deseja é *inventar* formas de organização social inspiradas nos recortes já citados, artificiais. O programa, e sobretudo os agentes comunitários, que são parte integrante da população adscrita, antes devem trabalhar para organizar a parcela de sociedade agrupada num determinado *território*, que é mais do que um espaço, pois incorpora uma população com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações.

É impossível conceber o êxito do trabalho do Qualis/PSF sem recorrer à organização da comunidade moradora de um território. As tremendas condições de existência que foram se consolidando na cidade de São Paulo (mas que estão longe de serem exclusivas dela), agravadas pelo desemprego e ausência ou precariedade dos serviços públicos e pela conseqüente desagregação social (que atinge intensidade inimaginável e se reveste das formas mais terríveis e violentas), tendem a invalidar todo esforço que se pretenda simplesmente *técnico* e tenha a natureza reducionista já citada (os tais enfoques médico, psicológico, sociológico, ou misturas deles, com ou sem o aditivo da *focalização*).

Como ajudar uma mãe viciada em *crack* a cuidar de seu filho recém-nascido, se a família não tem renda de espécie alguma e a mamadeira do bebê foi catada no lixo, devendo a água ser fervida e essa mamadeira este-

rilizada numa única panela torta? Um homem de mais de 60 anos, vitimado por um acidente vascular cerebral (AVC) fica dias num leito de hospital, tem alta sem falar e sem conseguir se mexer, com uma escara de decúbito enorme, e mora com sua mulher também sessentona, também vítima de AVC, num barraco de favela, sem renda alguma: como manejá-lo? Pessoas há que estão trancafiadas em casas pobres há anos, rotuladas de loucas, tomando psicotrópicos renovados trimestralmente, mediante solicitação de parentes. Propor que tenham liberdade é propor que sejam levados a ambulatórios e depois a internações psiquiátricas, de onde voltarão mais debilitados e mais *desligados*, candidatos a novas restrições impostas por suas famílias. Como lidar com isso?

Somente um enérgico trabalho que seja ao mesmo tempo assistencial (estilo madre Teresa de Calcutá, costumamos dizer) e incentivador da organização popular, do cultivo de uma nova sociabilidade, do combate feroz à filosofia de vida competitiva e individualista de nosso capitalismo selvagem *modernizado* (neoliberal), estimulador de uma atitude ativa, reivindicatória mas de “tomar as rédeas do destino em suas próprias mãos”, só esse trabalho é capaz de criar as redes ou nichos de solidariedade que viabilizam as intervenções das equipes. Realizar, dia após dia, esse trabalho enérgico requer uma entranhada ética de responsabilidade de toda a equipe pela vida da população que lhe é confiada.

Nada disso é fácil de transmitir, de discutir, de se entranhar nos corações e mentes de nossos profissionais de nível superior, de nossos auxiliares de enfermagem, técnicos de higiene dentária, escriturários, e mesmo dos agentes comunitários. O *caldo de cultura* dominante gera sem cessar *heróis* muito diferentes, ou apresenta os que se empenham num trabalho semelhante ao que propomos com tais qualidades, renúncias e sofrimentos, que quem os vê logo se julga incapaz de segui-los, por não serem *santos*. Afinal, madre Teresa de Calcutá não há muitas, e misturas dela com Ché Guevara então, nem é bom falar...

É por esta razão que valorizamos tanto os resultados que obtemos. Todos os três casos citados são reais (como é real a descoberta, por uma agente, de uma gestante escrava de uma indústria de confecções na Zona Norte, ou o caso do menino que dormia numa casa de cachorro, ou o da família de 23 pessoas que vivia em dois cômodos e tinha três adultos tuberculosos...), e todos foram solucionados: a mãe que usava *crack* passou à maconha e está hoje *de cara limpa* (no jargão do mundo das drogas, isso quer dizer que ela não usa nenhuma), tem mamadeiras e panelas e seu filho vai bem. O homem da escara já a tem fechada. Todos os que viviam presos em suas casas saem, passeiam, freqüentam oficinas e caminhadas, e por aí

vai. Tudo isso foi conseguido com o envolvimento dos agentes, dos profissionais de nível superior e da vizinhança. Naturalmente, esses resultados não são imutáveis, definitivos: a mãe de *cara limpa* pode voltar à droga, o homem da escara, com uma dieta na qual virtualmente não há proteínas, pode abrir outra. Mas mesmo nessa incerteza as mudanças *culturais* persistem: a nova sociabilidade percebida pela família da mãe de *cara limpa* permitiu que uma tia acamada e uma avó com câncer voltassem a viver com os demais, a serem melhor cuidadas, inclusive pelo marido temido e brabo.

Gostamos de dizer e repetir: em célebre entrevista, o então presidente da República João Figueiredo, perguntado o que faria se tivesse de viver com o salário mínimo, respondeu que daria um tiro na cabeça. Mas o povo consegue viver sem renda, e os que ganham um salário mínimo ainda se sentem capazes de socorrer um parente, um amigo, um vizinho. Temos o que aprender com eles.

Nossos programas de saúde da família, em sua maioria, se limitam a utilizar os serviços ambulatoriais especializados, de retaguarda. Mas não estabeleceram com eles relações *orgânicas*, o que explica a ausência de uma literatura sobre o relacionamento entre médicos especialistas e profissionais de saúde da família. No Qualis/PSF um elemento central da procura da qualidade é a construção desse relacionamento. Ele se dá, primordialmente, no cotidiano do atendimento. Especialistas recebem pacientes encaminhados por membros da equipe de saúde da família, discutem o mérito do encaminhamento, o caso em si, a conduta a ser seguida. Essa discussão pode ser pessoal, telefônica ou mediante papéis que materializam as relações ditas de *referência e contra-referência*. Mas o relacionamento prossegue de outras formas, no estudo conjunto de normas de conduta para os integrantes da equipe: o que cabe a cada um, quando acionar o outro, quando mandar o paciente ao hospital ou até diretamente à UTI. Não são apenas os médicos de família que ajudam a qualificar os agentes comunitários: especialistas também dão aulas, são confrontados com perguntas e experiências. Especialistas, médicos e enfermeiras de família, e também integrantes da coordenação do Qualis/PSF discutem normas técnicas que devem ser publicadas em série especial (*Cadernos Qualis*) ou servir à educação sanitária da população (*santinhos* inspirados nos folhetos de divulgação das igrejas, notadamente as evangélicas).

O custo do Qualis

Quanto deverá custar o Qualis/PSF, quando atingir aquilo que os pilotos chamam *velocidade de cruzeiro*? R\$ 63,60 *per capita*/ano. É menos

que os R\$ 120,00 que custava, oficialmente, o PAS da prefeitura de São Paulo. É bem mais que os R\$ 10,00 que vale, hoje, o Piso Assistencial Básico (PAB) transferido pelo ministério da Saúde às prefeituras de todo o país. Mas o PAB destina-se apenas ao custeio da atenção básica, e o Qualis/PSF oferece cuidados ambulatoriais especializados, saúde mental, saúde bucal, partos; e o SUS deve ser custeado com recursos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Quanto o SUS deixará de gastar com internações hospitalares tardias e desnecessárias? Quanto o SUS poderá destinar a aliviar os sofrimentos dos que esperam anos, nas filas dos hospitais, pelas internações e cirurgias ditas *eletivas*? Quanto será economizado com o aumento da porcentagem de cura de tuberculosos, decorrente de maior aderência aos tratamentos prescritos? Quanto se deixa de gastar se hipertensos, diabéticos, sobreviventes de um primeiro infarto forem melhor controlados? Quanto se economiza com o controle dos asmáticos, com o tratamento domiciliar dos que adquirem pneumonias na comunidade?

O Qualis/PSF é viável financeiramente, desde que as esferas federal, estadual e municipal destinem o que devem e podem à saúde. E não custa recordar que *sedare dolorem opus divinum est* e que a vida humana, felizmente, ainda não tem preço de mercado.

Notas

- 1 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Constituição*. Brasília, 5 de outubro de 1988.
- 2 CAMPOS, Gastão Wagner de S. *A saúde pública em defesa da vida*. São Paulo, Hucitec, 1991, p.26.
- 3 Entre outros, descrevem e analisam o processo os seguintes livros:
 - NEVES, Gleise Eisler. *Cambé e Bauru: dois casos de municipalização de serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Ibam/CDM, 1986.
 - CAPISTRANO FILHO, David & PIMENTA, Aparecida Linhares, *Saúde para todos, desafio ao município*, 2^a ed., São Paulo, Hucitec, 1988.
 - ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte. A resposta de Icapuí*. Fortaleza, Expressão Gráfica e Editora, 1992.
 - SILVA, Sílvio Fernandes da. *A construção do SUS a partir do município*. São Paulo, Hucitec, 1996.

- CAPISTRANO FILHO, David. *Da saúde e das cidades*. São Paulo, Hucited, 1995.
- GOULART, Flávio A. de Andrade. *Municipalização: veredas e caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Abrasco/Conasems, 1996.
- CAMPOS, Florianita Coelho B. & HENRIQUES, Cláudio Maierovitch P. *Contra a maré à beira-mar A experiência do SUS em Santos*, 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1997.
- 4 BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos Saúde da Família*, v. 1, n. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.
- 5 *Id., ib.* *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- 6 SANTOS, Rosa Maria Barros dos. Comunicação pessoal, 1997.
- 7 SPOSATI, Aldaíza de Oliveira e cols. *Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo*. São Paulo, Educ, 1996.
- 8 SANTOS, Rosa Maria Barros dos & FONSECA, Cláudio Duarte. *Comunicações pessoais*. A Dra. Rosa Maria é coordenadora do Qualis Itaquera, o Dr. Cláudio foi secretário municipal de saúde de Cabo de Santo Agostinho (PE) até fins de 1998.
- 9 ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana & DE RISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990.
- 10 CAMPOS, Gastão Wagner de S. *Reforma da reforma*. São Paulo, Hucitec, 1992, p. 148-150.
- 11 CAMPOS, Gastão Wagner de S.; MERHY, Emerson Elias & NUNES, Everardo Duarte. *Planejamento sem normas*. São Paulo, Hucitec, 1989, p. 56-60.
- 12 ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980. Ver todo o cap. XIV, p. 371-401.
- 13 A Casa de Parto é um serviço que tem história no Brasil, desde o trabalho do professor Galba Araújo, em Fortaleza, até a experiência da favela Monte Azul, em São Paulo.
- 14 HAQ, Cynthia; VENTRES, William; HUNT, Vincent; MULL, Dennis; THOMPSON, Robert; RIVO, Marc & JOHNSON, Philip. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Washington, *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 120, n. 1, 1996.
- 15 Para o estudo das diferenças entre médicos de família e *el antiguo médico clínico*

co, ver GALPERIN, Jorge. Los cuidados de la salud y la posición estratégica del médico de familia. *Revista de Prevención Salud y Sociedad*, n. 1, 1988.

- 16 Para a compreensão das mudanças no padrão de morbi-mortalidade brasileiro acentuadas nas duas últimas décadas, que impõem modificações na formação dos médicos e outros profissionais de saúde, ver MONTEIRO, Carlos Augusto. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Nupens/USP, 1995.
- 17 Ver, a respeito, *op.cit.* (10), particularmente p. 152-153.
- 18 Incluo, entre estes, o programa de formação de médicos gerais comunitários do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, e as propostas preliminares formuladas por José Paranaguá de Santana do debate realizado no âmbito da Secretaria Executiva e da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em julho de 1996.
- 19 Ver, a respeito, Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, de CAMPOS, Gastão Wagner de S. *In: MERHY, Emerson Elias & ONOCKO, Rosana. Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. O autor advoga “uma profunda reforma das instituições de saúde com o objetivo de alterar o relacionamento entre agentes produtores e a população dependente de serviços de saúde. Não somente discursos sobre ética e exortações, mas novos arranjos organizacionais, novos padrões de compromisso e nova definição dos campos de competências e de responsabilidade para os profissionais de saúde.” Termina enfático: “Entretanto, não há como fugir ao tema: a degradação moral do trabalho em saúde deve ser enfrentada e derrotada.”

RESUMO – NESTE ARTIGO é descrito o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado inicialmente em cidades pequenas, na região Nordeste do Brasil, apresentando bons resultados, como a redução à metade da mortalidade infantil e a melhoria de todos os programas de saúde. Até há três anos ele estava ausente das megalópoles brasileiras. Hoje, um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e entidades sem fins lucrativos, tornou possível a implantação do PSF na cidade de São Paulo, onde atualmente há 81 equipes, cada uma composta por um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, responsável por 800 a 1.200 famílias. No trabalho são também salientados conceitos como a participação da comunidade, a qualidade da assistência e a integralidade, com a inclusão de saúde bucal, saúde mental e assistência ao parto. Serviços especializados oferecem retaguarda e realizam exames laboratoriais quando necessário. O custo estimado, é de R\$ 63,60 *per capita*/ano. O autor conclui que o Qualis/PSF é viável, desde que as três esferas de governo destinem o que devem e podem à saúde.

ABSTRACT – IN THIS ARTICLE the Family Health Program (FHP) is described. The FHP was carried out in little and poor communities of Northeastern Brazil with amazing results, such as cutting down to a half infant mortality and improving all health programs. As recently as three years ago none of the Brazilian megalopolis had adopted it. Today an agreement between São Paulo's State Health Department and some non-profit organizations has made it possible to bring FHP to the city of São Paulo, where there are presently 81 teams, each comprising one physician, one nurse, some nursing assistants and community agents, and tending from 800 to 1.200 families. In this paper some other concepts are also highlighted, such as community participation, health care quality and total health care, which includes mental care, dentistry and childbearing assistance. Specialized services give support and perform laboratory tests when necessary. Estimated costs are R\$ 63.60 *per capita*/year. The author concludes for the feasibility of Qualis/FHP, provided all government levels honor their commitment to finance the health system as they should and can do.

David Capistrano Filho, médico, é especialista em Saúde Pública, ex-secretário de Saúde de Bauru (1984-86) e de Santos (1989-92), ex-prefeito de Santos (1993-96), coordenador do Programa Qualis/PSF da Secretaria de Estado da Saúde e da Fundação E. J. Zerbin