

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG  
FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG  
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AGENOR BRANDÃO BARBOSA**

**IMPACTOS E DESAFIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA  
EVOLUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**BELO HORIZONTE**

**2012**

**AGENOR BRANDÃO BARBOSA**

**IMPACTOS E DESAFIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA  
EVOLUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Pós Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da UFMG/ Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Paulo Sérgio Carneiro Miranda

**BELO HORIZONTE**

**2012**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVO GERAL</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>3</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>4</b>
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<b>5</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>19</b>

# **IMPACTOS E DESAFIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA EVOLUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

## **I. INTRODUÇÃO**

O Programa de Saúde da Família – PSF, foi idealizado para reorganizar o modelo de saúde até então vigente, centrado na cura de doenças e na rede médico-hospitalar, modelo este que se mostrou insuficiente quanto ao impacto na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e otimização dos serviços. O novo modelo passou a ser considerado uma importante estratégia para reestruturação da atenção básica à saúde, que passa a ter como foco da assistência a família, buscando uma ampliação da compreensão do processo saúde/doença, priorizando a adoção do método clínico centrado na pessoa e o seguimento longitudinal, humanizado e integral dos usuários, tendo como meta final a melhora da qualidade de vida e não apenas a ausência de doença.

O PSF foi operacionalizado com a implementação de equipes multiprofissionais (médico/enfermeiro/agente comunitário de saúde/técnico de enfermagem) em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Espera-se que a atenção primária à saúde se constitua em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (não a única), com capacidade de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população. Contudo, após 18 anos da implementação do PSF, ainda há uma grande distância entre o planejado e o que realmente foi atingido. A falta de estrutura na implantação da equipes de saúde, falta de insumos, recursos humanos não qualificado ou insuficiente, o inchaço populacional das áreas adstritas às unidade de PSF, a falta de hierarquização e organização da rede de saúde em seus diversos níveis de atenção, aparecem como importantes entraves na Consolidação do PSF como uma Estratégia de Reorganização do Sistema de Saúde Brasileiro.

Na minha trajetória como Enfermeiro de Unidade de Saúde da Família no Município de Contagem-MG há 11anos, acompanhando de perto as conquistas, as deficiências, os entraves e às vezes a sensação de estagnação do sistema, foi grande motivação para escolha desse tema, pois toda minha experiência profissional anterior foi voltada para atenção secundária (Hospitais, Clínicas, Pronto Socorro, Serviços de Urgência/Emergência), posteriormente fui Fiscal COREN-MG por 07 anos, e iniciar no PSF transformou-se num grande desafio de algo novo para mim e que passava por momento de transformações e aprimoramento, mas o convívio diário com grandes obstáculos gerou uma força motivaste que me impulsionava para seguir em frente e desbravar um ideal que pude vislumbrar e que nunca pude sentir anteriormente, mesmo sem todo aparato tecnológico poderia lutar pela PROMOÇÃO SAÚDE.

O presente estudo visa fazer uma revisão bibliográfica sobre a trajetória do PSF desde a sua criação, seus impactos e desafios e sua a importância para reformulação da atenção a saúde no Brasil,

## **II - OBJETIVO GERAL**

Discutir a importância da Estratégia de Saúde da Família na reorganização da Atenção Primária à Saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde e os principais desafios para sua implantação.

## **III - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1-Realizar uma revisão da literatura sobre a Estratégia de Saúde da Família no contexto de construção do SUS.
- 2-Identificar os principais desafios para a implementação da ESF.

#### **IV. METODOLOGIA**

Revisão da literatura a partir das bases de dados do Scielo e documentos oficiais nos últimos 10 anos utilizando as palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica à Saúde, Estratégia de Saúde da Família e Programa de Saúde da Família.

## **V – DESENVOLVIMENTO**

### **Antecedentes do SUS**

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no País tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários. (4)

As estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Durante a Primeira República, as metas eram o saneamento de portos e núcleos urbanos, no intuito de manter condições sanitárias mínimas para implementar as relações comerciais com o exterior (2). Dificilmente se poderia sustentar que o Estado, na sociedade brasileira, desenvolveu qualquer política deliberada de implantação e controle de programas de assistência médica. Historicamente, sua atuação foi concentrada em medidas de alcance coletivo, acrescentando-se, ainda, que o próprio setor de saúde não constituiu setor prioritário nas definições de política econômico-social do Estado. (3)

O Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolviam, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação desses entes públicos na prestação de assistência à saúde era bastante limitada, restringindo-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e dirigidas à população não-previdenciária – os chamados indigentes. Os indigentes tinham ainda, por uma atividade caritativa, acesso a serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico como as chamadas Santas Casas. (Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003).

Já na assistência à saúde, a grande atuação do poder público se dava pela Previdência Social – inicialmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. As ações desenvolvidas pelo INAMPS – que tinham caráter contributivo – beneficiavam apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, os chamados previdenciários. Não havia, portanto, caráter universal na atuação desta autarquia. O INAMPS aplicava nos Estados, por intermédio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de introdução CONASS. Pro gestores beneficiários existentes e a assistência prestada se dava por meio de serviços próprios (Postos de Assistência Médica e Hospitais próprios) e uma vasta rede de serviços, ambulatoriais e hospitalares, contratados para a prestação de serviços. (23)

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 1970 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Em meados da década de 70 ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde)) No âmbito internacional, em setembro de 1978, acontece, em Alma-Ata, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde com a proposta de atenção primária em saúde como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. O enfoque foi a prioridade à promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade(6). Em 1979, o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política, e de fato a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis ao mesmo; ao longo da década de 1980 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização progressiva do

atendimento, já numa transição com o SUS.(SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))

O período de 1980-1983 é conhecido, no âmbito das políticas sociais, como o período da crise da previdência social. Na tentativa de elaborar um programa nacional de serviços básicos de saúde, criou-se o Prev-Saúde, inspirado na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, o qual não chegou a ser colocado em prática. Nessa conferência promovida pela Organização Mundial da Saúde/UNICEF, se declara que a saúde não é apenas ausência de doença e sim um completo bem-estar físico, mental e social. (5)

A criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, propõe reorganizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento de assistência médico-hospitalar. O CONASP propõe, em 1982, o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. As políticas de saúde passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas. A proposta operacional foi concretizada no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, em 1985, passou a Ações Integradas de Saúde (AIS)(5).

*O plano do CONASP representa uma proposta de planejamento estratégico, contribuindo para criar um intenso debate em torno da democratização da saúde e as AIS representam um movimento fundamental para iniciar o processo de mudança. A área do planejamento de saúde representava o início da incorporação dos setores público e privado nas atividades de planejamento que romperiam com a concepção dominante da dicotomia entre serviços/ações preventivas e curativas, ainda que o enfoque do planejamento se vinculasse estritamente à capacidade instalada de assistência individual (5).*

Em 1984, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) promoveram uma reunião para avaliação das AIS. O encontro reforçou a posição do movimento sanitário no sentido de se

promover a unificação do sistema de saúde (5). Nesse movimento, a reforma sanitária tem um momento de marco histórico em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde. (6-12)

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689. (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))

O SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de **princípios ideológicos** ou **doutrinários**, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de **princípios organizacionais**, mas não está claro qual seria a classificação do princípio da participação popular (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))

- Universalidade: "A saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover *atenção* à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))

- **Integralidade:** 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 (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))
- **Equidade:** Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em *igualdade*, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela *equidade* do SUS(SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))
- **Participação da comunidade:** O **controle social**, como também é chamado esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das **Conferências de Saúde**, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos **Conselhos de Saúde**, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada **paridade**: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))
- **Descentralização político-administrativa:** O SUS existe em 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 prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))

- Hierarquização e regionalização: Os serviços de saúde são divididos em **níveis de complexidade**; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de **referência e contra-referência** entre os serviços de saúde, melhor a sua eficiência e eficácia. 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, abrangência a área de vários serviços de menor complexidade(SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde))

Nesse contexto, verifica-se, na nova forma de atuar na saúde, o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) com propostas para mudar toda a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócio-econômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante(9).

## **Implementação da Estratégia de Saúde da Família**

### **Criação do Programa de Saúde da Família - PSF**

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde formula, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (10).

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção. (10)

O PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema "Saúde da Família", convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada (10). Foi um momento importante, pois agregou técnicos das regiões Sudeste e Sul do

País, e as experiências inovadoras nessas regiões, rompendo com o isolamento do PACS, isto é, com o seu confinamento às regiões Norte e Nordeste. (**A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família** - PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005) Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais (10).

Devemos ressaltar, também, que esse movimento de "olhar a família" se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa Brasileiro (10). Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (11).

O primeiro documento do programa data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994). Suas diretrizes foram concebidas a partir da reunião de dezembro de 1993 e foram citados ainda todos os participantes da reunião. A concepção do programa, segundo esse documento, é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco. É utilizado o *Mapa da Fome*, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco. O mecanismo de financiamento desse período é o convênio firmado entre Ministério da Saúde, estados e municípios, com exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios (áreas citadas pelo *Mapa da Fome*), obedecendo aos seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal. (**A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família** - PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225-264, 2005)

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (12). PSF pode ser definido como: "um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados" (9).

## **Implementação do Programa de Saúde da Família**

O surgimento do PSF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (14). A atenção primária à saúde - APS tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e, como tal, dotada de particular complexidade. (15)

O PSF tem como objetivo geral: "contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população" (12). As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (13).

A APS ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento. Ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual - as chamadas necessidades básicas de saúde - incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (15).

Assim, a saúde da família e da coletividade poderá desenvolver-se de forma mais plena caso seja compreendida não como um programa para a saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como projeto concreto, provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades com o objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar (16). Em alguns municípios que adotaram o PSF, verificou-se que ainda não há uma discussão aprofundada do modo de relação entre os profissionais e a população local, e o PSF significou mais uma modificação institucional, ou seja, nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atenção, acréscimo na remuneração da equipe do que maior aproximação com o cotidiano das famílias(14).

Assim, passa-se a denominar Saúde da Família:

*"...práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo família perde a especificidade. Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde. A percepção e a intervenção dos profissionais locais tendem então a ficar restritas" (14).*

Dessa forma, nas visitas às famílias, a atenção fica dirigida aos programas pré-estabelecidos, como o de amamentação, hipertensão, cuidado preventivo com determinada doença endêmica na região etc. Se por um lado a padronização facilita a expansão do Programa, por outro, simplifica e empobrece o seu alcance por não considerar as manifestações locais dos problemas de saúde e não trabalhar com elas (14). As tarefas pré-estabelecidas sem relações vinculares mais amplas têm interferido na intervenção às reais necessidades de saúde da população, sem impacto na mudança da qualidade de vida e humanização da assistência que tem sido relacionada apenas ao atendimento domiciliar. Desse modo, o enfoque família/comunidade fica completamente descaracterizado (17).

No PSF, as visitas domiciliares compulsórias (18) indicam dois tipos de problemas muito graves. O primeiro diz respeito às visitas feitas por profissionais sem que haja uma indicação explícita para elas, ou seja, sem que o mesmo saiba o que vai fazer em determinado domicílio. Excetua-se, por exemplo, o caso dos agentes comunitários de saúde que devem percorrer o território insistentemente. O outro aspecto diz respeito ao fato de que essas visitas podem significar excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade e liberdade.

Um dos problemas verificados na proposta do PSF, enquanto "estratégia de mudança do modelo assistencial", é a idéia de que esteja mais voltado para ações de natureza curativa em detrimento às ações de prevenção e promoção da saúde. (18)

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando minha experiência profissional e toda vivência como enfermeiro de Saúde da Família de Janeiro/01 a Janeiro/12 pude contemplar grandes avanços que geraram conquistas importantes no processo de consolidação e aprimoramento na estratégia de Saúde da Família atingir Promoção Saúde e com isto consequentemente promover avanços significativos Sistema Único de Saúde, tais como;

- Aumento significativo no diagnóstico precoce de hipertensão arterial, diabetes melitus e outras doenças crônico-degenerativas através de acompanhamentos sistemático da população adscrita e intervenções nas complicações advindas destas doenças quando não controladas previamente e de forma efetiva promover ações de promoção a saúde dentro de uma visão familiar e não mais individual.
- Captação precoce das gestantes e inseri-las no pré-natal e beneficiá-las de no mínimo 06 consultas onde as práticas desenvolvidas irão assegurar uma gestação responsável e intervenções precoce nas complicações, e todos benefícios inerentes àquelas aderem ao Pré Natal; redução partos Cesário com seus riscos e custos elevados, aumento dos Partos Normais e todos seu benefícios pra saúde da mãe e do recém nascido, enquadrar Mãe e o RN aos programas de Puerpério e Puericultura, desta forma promoção saúde de ambos.
- Aprofundamento de programas voltados para as varias fases da vida do ser humano num contexto populacional e familiar, tais como; Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador, divulgando práticas promoção a saúde nas diversas fases da vida e quando necessários mudança de hábitos viciosos para saudáveis (atividades físicas, dietas saudáveis, esporte, lazer), buscando intervir sempre que existirem agentes de agravos a saúde de cada representante acionando

o sistema de saúde em rede dentro de cada sistema pertinente em nível municipal.

- Participando ativamente nos indicadores epidemiológicos e intervindo sempre que ocorrerem doenças prevalentes, surtos, epidemias, participando ativamente do planejamento de ações e estratégias numa visão de Saúde da Família e com participação da Epidemiologia.
- Combate as DST , uso de drogas lícitas e ilícitas através de ações de acompanhamento do dependente e sua família em parceria com os CAPS AD.
- Busca de Parcerias através de apoio Institucional visando Promoção Saúde com outros atores que convivem com população adstrita, Alcoólicos Anônimos, Igrejas Evangélicas, Igrejas Católicas (Pastoral Saúde e Vicentinos), Associação Comunitária do Bairro, Escolas, ONGs, e todo Sistema Municipal (Saúde, Educação, Planejamento, Obras, Segurança etc.)
- Ampliação do conceito de SAÚDE de ausência de DOENÇA para o bem estar de saúde mental, social e físico.
- Maior Acessibilidade e Universalidade as diversas camadas da população independente da comunidade possuir ou não convênios médicos
- Redução significativa nos casos de internações hospitalares por causas evitáveis (pneumonias, descompensações diabéticas, crise hipertensiva, amigdalites, otites, bronquites asmáticas, infecções urinarias, úlceras varicosas, dengue comum, varicela, hanseníase, parasitoses etc.)

Grandes desafios precisam ser enfrentados pelo Programa Saúde Família para de fato consolidar e ampliar as conquistas no aprofundamento do Sistema Único de Saúde no Brasil;

- Ao longo dos anos as equipes de saúde da família mantiveram a mesma estrutura de recursos humanos /físico(01 enfermeiro,01 medico,01 auxiliar enfermagem,06 agentes comunitários,01auxiliar

serviços gerais,01 administrativo),mas a estrutura familiar e consequentemente a população aumentou drasticamente como explosão demográfica,na minha realidade do PSF Colorado-eq45 em 2001 era de 1000 famílias e total de 4000 pessoas,hoje 1600 famílias e total de 5700 pessoas,diante desta realidade houve um aumento progressivo de complexidade e agravos a saúde da população gerados por problemas sociais, envelhecimento da população, desemprego, conflitos familiares diversos, violência, fatores de risco e agravos variados a saúde das varias faixas etárias,aumento consumo das drogas licitas e ilícitas,favelas,falta de saneamento básico e crescimentos desordenado da população,em contra partida por manter a mesma estrutura física/humana todas equipes encontram-se sobrecarregadas onde cada profissional se desdobra em cumprir suas obrigações profissionais,especificamente o Enfermeiro Saúde Família desempenha suas competências especificas e mais se responsabiliza pelas ações de supervisão Auxiliar Enfermagem,Agentes Comunitários de Saúde, como Integrante da Equipe de Saúde desenvolve ações efetivas de Promoção Saúde (Puericultura, Puerpério, Hipertensão arterial, Diabetes melitus, Pré-natal, Prevenção câncer útero/mama, Planejamento Familiar, Consultas de Enfermagem, Coordenador local da PSF...).

- Falta de Integração e Interação nas diversas secretarias de governo municipal para agir em sistema de Rede, principalmente informatização do sistema para evitar morosidade especificamente na Saúde no agendamento e retornos das consultas especializadas e de outras ações de falta de governabilidade vividas pelas equipes que poderiam ser sanadas evitando burocracias existentes.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66. [ Links ]
2. Luz M. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro: Graal; 1982. [ Links ]
3. Donnangelo MCF. O desenvolvimento do sistema previdenciário. São Paulo: Pioneira; 1975. [ Links ]
4. Luz M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática" - Anos 80. Saúde em Debate 1991; 32(3):27-3. [ Links ]
5. Cordeiro H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri/ABRASCO; 1991. [ Links ]
6. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.
7. Ministério da Saúde (BR). Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS. 2a ed. Brasília (DF): MS; 1991. [ Links ]
8. Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cad. Saúde Família. 1996 janeiro-junho; 1:10-5. [ Links ]
9. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde Família, 1996 janeiro-junho; 1:3-8. [ Links ]
10. Vianna ALA, Dal Paz MR. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. (RJ): Abril; 1998. [ Links ]
11. Secretaria de Estado da Saúde (MG). Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte (MG): SES; 1997. [ Links ]

12. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997. [ Links ]
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000. [ Links ]
14. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999. [ Links ]
15. Schraiber LB, Mendes Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, editores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. (SP): Hucitec; 1996. p. 29-47. [ Links ]
16. Vasconcelos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, organizador. Organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. [ Links ]
17. Rosa WAG, Labate RC. A contribuição da saúde mental para o Programa Saúde da Família. Rev. Bras. Enfermagem 2003 maio/junho; 56(3):230-5. [ Links ]
18. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecno assistencial para a saúde. In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999, Águas de Lindóia: APSP; 1999. [ Links ]
19. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1983. [ Links ]
20. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992. [ Links ]
21. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). Revista Latino-americana Enfermagem julho-agosto 2004; 12(4): 658-64. [ Links ]
22. BERTONE, Arnaldo Agenor. **As idéias e as práticas: a construção do SUS.** 2002. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia\\_revisada\\_Arnaldo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_revisada_Arnaldo.pdf).
23. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. [ISBN 85-89545-01-6](#). Acessado em [3 de junho](#) de [2006](#) em [http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao\\_sus.pdf](http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao_sus.pdf) (Acessível também [a partir do DATASUS](#)).
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il. [ISBN 85-334-0325-9](#).

25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** Comunicação visual/Instruções Básicas. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991. Acessado em 5 de junho de 2006 em <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABCdoSUS.pdf>.
26. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. [ISBN 85-334-0871-4](#). Disponível [em PDF](#) e [online](#).
27. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde:** avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1. ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. ISBN 85-334-055-8.
28. SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>.
29. SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS:** a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia\\_construindo\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf)
30. [Sanitarista — Oitava Conferência Nacional de Saúde](#) — uma das páginas da **Biblioteca Sérgio**
31. THURLER, Lenildo, SUS - LEGISLACAO E QUESTOES COMENTADAS, 1.<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro, Editora Campus, 2007. [ISBN 9788535223804](#)  
<http://www.livrodosus.com.br>