

## 1 INTRODUÇÃO

A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos, como: filas freqüentes de pacientes nos serviços de saúde, falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis como a Dengue e a Febre Amarela (POLIGNANO, 2000).

Para vários autores a raiz dessa crise está no modelo assistencial vigente, constituído pela prática da atenção médica, pelo paradigma flexneriano e pelo conceito negativo de doença. A assistência à saúde, tal como é praticada hoje é marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e com uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas (BRASIL, 1998). Dentre eles, Mendes (1999), afirma que a prática da atenção médica referida pelo paradigma flexneriano estruturou um sistema de saúde composto por alguns componentes: tem foco na doença; seu sujeito é individual; estrutura-se pela livre demanda, sem território definido para atenção primária; presta atenção ocasional e passiva; enfatiza, relativamente, o cuidado curativo e reabilitador; apresenta baixa resolubilidade no primeiro contato; apresenta altos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais; nega a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringe-se a ações unisetoriais.

De acordo com Mendes (1999), a construção social de um novo sistema de saúde implica um processo que vai exigir mudanças na concepção do processo saúde-doença; no paradigma sanitário e na prática sanitária. O sentido da mudança seria de uma concepção negativa de saúde-doença para uma positiva; o paradigma sanitário passaria de flexneriano para a produção social da saúde e a prática sanitária deixaria de ser voltada à atenção médica, centrando-se na vigilância da saúde.

Para Anderson (2004), há mais de 30 anos, sabe-se que o ponto estratégico para superação da crise está na Atenção Primária à Saúde - APS. Nível do sistema com maior poder para cuidar da saúde, com qualidade e resolutividade, do maior número de pessoas, e com a melhor razão custo-benefício. Obviamente, nenhum sistema de saúde pode prescindir dos outros níveis de atenção. Mas, repousa na APS, desde que bem feita, bem planejada e implementada e com infra-estrutura necessária, a maior possibilidade de retorno dos investimentos.

Segundo Mendes (1999) a APS é considerada a base de um sistema de saúde racional, sendo necessário demonstrar que um nível de atenção primária organizado constitui precondição para o funcionamento de um sistema eficaz, eficiente e eqüitativo.

E foi com o propósito de superação do modelo vigente de assistência à saúde, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população e iniquidades, que o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Portanto, o PSF foi e continua sendo a principal resposta oferecida, no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial (BRASIL,1996a).

Segundo Faria *et al.* (2008), o PSF teve início com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, ocorrida no Ceará no final dos anos 1980, e que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Essa inovação permitiu maior veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para organização da atenção à saúde nos municípios, permitindo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Faria *et al.* (2008), a criação do PSF teve como referência também as experiências exitosas desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, e em função dos resultados positivos desenvolvidos pelo PACS. O PSF define uma equipe mínima e uma lógica para o processo de trabalho em saúde visando um modelo centrado nos problemas das pessoas e suas famílias. O programa significou a adoção de uma postura mais ativa das Equipes de Saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade se viam submetidas.

Para Mendes (1999), a Saúde da Família (SF), como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de SF, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam à saúde.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às Equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas, levando a saúde para mais perto da família, e com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL,1998).

O PSF contribui, também, para a consolidação do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 que reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização ou

municipalização, a regionalização e a participação da comunidade como princípios e diretrizes do SUS. As Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) regulamentam esses princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano.

Fica claro, segundo Silveira (2009) que o reordenamento da atenção à saúde no Brasil tem se dado através da atenção primária, particularmente por meio do PSF. A organização do PSF a partir de uma base territorial e de critérios epidemiológicos, sua capilaridade (existem equipes em praticamente todo o país), a prioridade conferida a problemas de saúde mais comuns nas comunidades, e a oferta, pelo Programa, de serviços de prevenção, cura e reabilitação tem se mostrado uma boa alternativa para minimizar as desigualdades existentes no país. O modelo tem permitido o alcance de maior resolubilidade, além de coordenar a atenção para os níveis mais complexos do sistema.

A política da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais vem sendo implantada através do PSF e dados de Marques *et al.* (2010) demonstram que já são mais de 4000 equipes de PSF em atuação no estado, número que representa o maior efetivo no país. No total são 14 milhões de mineiros assistidos, o que representa uma cobertura de 70,2% da população em 835 municípios.

A adesão ao PSF como um mecanismo de organização ou de reorganização da Atenção à Saúde tem aumentado progressivamente, e cada vez mais, municípios aderem e demonstram interesse em estar aumentando o número de equipes. No entanto, de acordo com Alves (2005), o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de saúde da família, até então não garante a construção de um novo modelo assistencial. A expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido inseridas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, faz-se necessário análises dos PSFs em desenvolvimento nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos.

A ansiedade em se refletir se o PSF vem implementando mudanças no processo de trabalho no sentido de concretizar o modelo assistencial que fundamenta o SUS foi alicerce para o desenvolvimento desta pesquisa. Para isso o trabalho apresentou como objetivos: Conhecer a evolução histórica do PSF, seus desafios, dificuldades, avanços e expectativas e entender se o PSF vem implementando mudanças na prestação dos serviços de saúde, bem como o seu impacto no processo de organização do modelo assistencial.

Segundo Andrade *et al.* (2004), o PSF tem tido repercussões positivas nos indicadores de saúde das populações por ela atendidas e na satisfação dos usuários. Governo, coordenadores e secretários municipais têm afirmado que o PSF vem reorganizando a APS. Todavia, há limitações à sua operacionalização devido a vários

fatores: formação inadequada dos profissionais, número reduzido de médicos, falta de recursos e condições de trabalho, bem como de compreensão dos gestores sobre a própria estratégia.

Franco e Merhy (1999) apontam que existem diversas tensões presentes na potência transformadora do PSF, ao analisarem que, se ele não conseguir rever a forma de produzir o cuidado em saúde, coexistirão, no Brasil, equipes de saúde da família centradas no médico, assim como outras centradas no usuário, dependendo da gestão, organização e desenvolvimento local. Para Camargo *et al.* (2008), há uma grande diversidade na organização do processo de trabalho no PSF, diferentemente do que possa parecer, dada a regulamentação que normatiza sua organização e funcionamento.

Partindo desse parâmetro é que a pesquisadora viu a necessidade da elaboração de uma pesquisa bibliográfica direcionada para uma reflexão de como o PSF vem implementando mudanças no processo de organização do modelo assistencial e dos serviços, suas principais dificuldades, bem como as expectativas com relação à efetividade e aceitabilidade do mesmo pelos usuários. Será importante, uma vez que se tentará identificar o impacto da estratégia, como também se as propostas dos seus idealizadores vêm ocorrendo na prática dos serviços.

Nesta perspectiva, espera-se que esta pesquisa contribua de maneira significativa para a melhoria da qualidade da atenção oferecida pelo programa nos municípios, uma vez que possibilitará uma reflexão do processo de trabalho das equipes em geral, levando os profissionais e gestores a repensarem suas práticas.

## **2 OBJETIVO**

Identificar o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) e se as propostas dos seus idealizadores vêm ocorrendo na prática dos serviços.

### 3 METODOLOGIA

Segundo Leopardi (2002), a pesquisa em saúde é mais que uma incorporação de conteúdos científicos ao saber cotidiano; é um aprender a perceber, a pensar e a sentir. Considera ainda que pensar pesquisa em saúde, hoje, é pensar sobre as condições em que ela se realiza, sobre os objetivos particulares dos indivíduos, sobre o seu significado para a vida pessoal e coletiva.

O pesquisador, buscando conhecer o seu objeto de pesquisa, deve escolher o método e os instrumentos adequados à busca da resposta para seus questionamentos (LEOPARDI, 2002).

O tipo de pesquisa desenvolvida nesta pesquisa foi à exploratória e bibliográfica. Para Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. É um tipo de pesquisa realizado especialmente quando o tema é pouco explorado e difícil de formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Segundo Gil (2008), este tipo de pesquisa envolve, habitualmente, levantamento bibliográfico e documental.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Vale ressaltar que parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas.

Para o autor acima a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Ela também é indispensável nos estudos históricos, já que não há outra maneira de conhecer os fatos passados senão com base em dados secundários. Ao mesmo tempo deve-se se atentar ao fato de muitas vezes as fontes secundárias apresentarem dados coletados ou processados de forma equivocada. Assim, um trabalho fundamentado nessas fontes tenderá a reproduzir ou mesmo a ampliar seus erros. Para reduzir esta possibilidade, convém aos pesquisadores assegurarem-se das condições em que os dados foram obtidos, analisar em profundidade cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições.

Para Cerro e Bervian (1996), a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existente sobre um determinado assunto, tema ou problema.

De acordo com Severino (2002), o desenvolvimento desse tipo de pesquisa requer uma preparação metódica e planejada com uma sequência de momentos, compreendendo

as seguintes etapas: Determinação do problema, levantamento da bibliografia referente a esse tema, leitura e documentação dessa bibliografia após a seleção, construção lógica do trabalho e redação do texto.

Segundo Lakatos e Marconi (1992), o levantamento bibliográfico não deve ser uma atividade puramente mecânica, com o “empilhamento” exaustivo de todos os livros e artigos a respeito de um assunto. Os levantamentos devem ser seletivos e uma primeira maneira de torná-los seletivos é através da demarcação precisa dos problemas de pesquisa. Deve-se fazer, desde as primeiras etapas da pesquisa, uma avaliação crítica deste material, rejeitando aquelas informações que são claramente inadequadas, mal produzidas ou redundantes.

No levantamento bibliográfico desta pesquisa, houve buscas em textos que abordassem o tema através de consultas em sites da internet especializados em produções científicas na área da saúde, livros específicos, revistas científicas e manuais do Ministério da Saúde, momento em que se pôde ter uma visão geral sobre o assunto.

A leitura e documentação dessa bibliografia constituíram o próximo passo do caminhar metodológico. Diante do emaranhado de textos de autores com as mais diferentes visões sobre a questão, foi selecionado os documentos que mais interessava a pesquisa, tendo em vista responder o objetivo proposto. Após a seleção prévia foi realizado uma leitura atenta e minuciosa de cada texto a fim de documentar as idéias, organizando-as e facilitando sua sistematização.

O desenvolvimento da revisão bibliográfica continuou com a estruturação de forma criteriosa e lógica do que é assunto essencial no corpo da pesquisa, a sequência dos temas, a adequação precisa das ideias e seu encaixamento. Assim, por meio de uma análise e interpretação dos dados coletados, confrontou-se ideias dos diversos autores que nos últimos anos contribuíram para o entendimento da evolução histórica do PSF, seus desafios, dificuldades, avanços e expectativas, bem como o seu impacto no processo de organização do modelo assistencial.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 O nascimento do SUS**

O SUS foi definido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado mediante a criação das leis 8.080/90 e 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas de Saúde.

Para Polignano (2000), 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 bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um direito da cidadania. O SUS foi concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

CEFOR<sup>1</sup> apud Rocha (2005), diz que o SUS é chamado de sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional, sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas sim, um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, possuindo princípios doutrinários e organizativos.

Mendes (1999) coloca que o SUS deve ser entendido como um processo social em marcha, que não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje, mas está em permanente construção.

#### **4.1.1 Princípios Doutrinários do SUS**

A Constituição de 1988 no capítulo VIII da Ordem Social e na Seção II referente à Saúde define no artigo 196 que: A saúde é direito de todos e dever do estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1997).

---

<sup>1</sup> Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-CEFOR, 1998.



Diante disso foram definidos como princípios doutrinários:

- **Universalidade**

Acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Garantia a todos os brasileiros, com ou sem vínculo previdenciário ou beneficiário de seguro privado de saúde (COSTA, 2003, p.154).

- **Eqüidade**

Igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. O governo em qualquer nível de gestão cuidará de prestar uma atenção igualitária para a pessoa e a coletividade. O que deve determinar o tipo de atendimento é a intensidade e a forma de doença independente do extrato socioeconômico-cultural a que pertença o indivíduo (COSTA, 2003, p.154).

O princípio da eqüidade prega que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades, devendo considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, tem seus problemas de saúde específicos e, por isso, o sistema de saúde deve conhecer as diferenças e trabalhar para cada necessidade, diminuindo as desigualdades existentes (ANDRADE, 2001).

- **Integralidade**

Entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Garantia de tratamento à pessoa dentro de uma abordagem que não segmente ou dissocie, fazendo interagir a promoção, a prevenção, a assistência e a reinserção plena do indivíduo em seu contexto (COSTA, 2003.p.154).

Para Andrade (2001), no que concerne à integralidade, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e para a cura. Os serviços de saúde devem atuar considerando o ser humano de forma integral, submetido as mais diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer.

#### **4.1.2 Princípios Organizativos do SUS**

O SUS é definido pelo artigo 198 como as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, dentre elas:

- Descentralização dos serviços para os municípios, com direção única em cada esfera de governo:

Atribuição e exercício da política de saúde de forma democrática, voltada para os níveis locais do sistema, em geral o município, com ações de atenção integral definidas nas três esferas de governo (COSTA, 2003, p. 155).

Para Polignano (2000, p.20) “consolida com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.”

- Hierarquização

Definição de níveis de complexidade para a atenção de acordo com a área de abrangência geográfica e a rede de serviços de saúde, nos quais, as ações básicas devem absorver a maior parte da demanda e apenas os casos mais graves são encaminhados para os serviços mais complexos e ou hospitalares (COSTA, 2003, p.155).

Para Polignano (2000), é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência. De acordo com Rocha (2005), o acesso da população à rede deve ser através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde, algo em torno de 85 %. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. No nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de referência e centros de reabilitação que resolvem os 15% restantes dos problemas de saúde.

- Regionalização

Ações e serviços de saúde, executadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Art. 8º da Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde – LOS).

- Controle Social

É Garantido a sociedade interagir com o Poder Público, participar do estabelecimento das políticas de saúde, discutir suas prioridades e fiscalizar a execução dessas políticas e a utilização dos recursos (COSTA, 2003, p.155).

O SUS foi fruto de um amplo debate democrático. Mas a participação da sociedade não se esgotou nas discussões que o originou. Se o sistema foi democrático na sua formulação, sua gerência também tem como premissa básica a participação popular, ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde (POLIGNANO, 2000).

## 4.2 Atenção primária à saúde e a nova prática sanitária

Para Schraiber e Mendes (1996) a 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.

De acordo com os autores acima, ao ser a APS 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.

Para Mendes (1999), a prática da atenção médica referida pelo paradigma flexneriano estruturou um sistema de saúde composto por alguns componentes: tem foco na doença; seu sujeito é individual; estrutura-se pela livre demanda, sem território definido para atenção primária; presta atenção ocasional e passiva; enfatiza, relativamente, o cuidado curativo e reabilitador; apresenta baixa resolubilidade no primeiro contato; apresenta altos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais; nega a possibilidade de relações interpessoais constantes, desumanizando o cuidado da saúde e restringe-se a ações unisetoriais.

Enfim, é um sistema que não valoriza a organização da atenção primária. Que para a Declaração de Alma-Ata (1978) corresponde:

Aos cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2001a, p.15).

Não se pode dizer que o modelo assistencial que vem predominando no Brasil nos últimos anos contemple as diretrizes acima referidas. Ao contrário: volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Seu enfoque biologicista não compreende ou não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer ou morrer das pessoas (PAIM, 2002).

O Ministério da Saúde em função disso descreve as principais características do modelo que desejava substituir:

Baseado na doença, atuando exclusivamente sobre a demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, com saber e poder centrado no médico, geralmente limitado à ação setorial, com desvinculação do pessoal de serviço com as comunidades, e de relação custo-benefício desvantajoso (VIANA e DAL POZ, 1998, p.39).

O reconhecimento da crise desse modelo, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com essas, do processo de trabalho em saúde (PAIM, 2002).

Nesse contexto, o PSF apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersectorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (BRASIL, 1996b).

### **4.3 A Saúde da Família como estratégia de organização da atenção primária**

#### **4.3.1 Origem e implantação do Programa de Saúde da Família**

O PSF foi concebido pelo MS em 1994, embora se conste em Franco e Merhy (1999) que nesta data, guardadas suas particularidades, já havia sido implantado em alguns municípios, entre eles, Niterói (RJ) em 1991; Itacarambi (MG) em 1993, entre outros. Tal surgimento é confirmado em Amorim e Araújo (2004, p. 14) onde diz “que o PSF iniciou oficialmente no Brasil em 1994, a partir de experiências exitosas, especialmente no estado do Ceará, com o Programa de Agentes de Saúde”.

O sucesso do Programa de Agentes de Saúde levou o MS em 1991, a criar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS – que posteriormente matriciou o PSF no Brasil. Conforme Araújo (2005) foi inspirado em experiências anteriores para

prevenção de doenças através de informações e orientações sobre o cuidado de saúde a grupos de riscos, que o MS iniciou em 1991 a implantação do PACS, hoje compreendido como estratégia transitória para o PSF.

Pôde-se perceber de acordo com Souza (2000) que o PACS foi lançado com o objetivo de contribuir para o enfretamento dos alarmantes indicadores de mortalidade infantil e materna na região nordeste do Brasil. O agente comunitário, pessoa da própria comunidade, passou a contribuir no resgate e valorização do saber popular, provocando a vinculação dos indivíduos e famílias com as UBS.

Na medida em que o PACS se fortalecia nos municípios, demonstrando resultados concretos, ele passa a pressionar as UBSs, que no nível de execução municipal continuavam atuando no sistema tradicional, sem absolutamente nenhuma vinculação com a população, com baixa resolubilidade e com um enfoque predominantemente curativo. Expandiu-se, então, a idéia por parte de municípios mais engajados, de que o MS ampliasse os investimentos no sentido de dar retaguarda a este trabalho, uma vez que as UBSs de referência continuavam desestruturadas, sucateadas e sem vínculos com a população (SOUZA, 2000).

A fim de se dar continuidade a este processo:

O Ministério da Saúde lança, no início de 1994, o Programa de Saúde da Família, que valorizava os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros (SOUZA, 2000, p. 7).

Na implantação do PSF, o MS entra com parcela expressiva dos recursos financeiros, fornece os medicamentos básicos e garante parte dos equipamentos para as UBSs, ficando o município, no entanto, responsável por complementar o restante dos recursos necessários e, principalmente, assumir a implantação e a operação do programa (BRASIL, 2002 a).

Implantar o PSF não foi tarefa fácil, mas sim um desafio, visto que, é um processo que exige paciência, determinação, teimosia, coragem, dinheiro, tempo, caráter, vontade política e espírito público nos graus mais elevados. Além disso, implantar o PSF significa reorganizar o sistema de saúde em vigor no município – e isso significa substituir as antigas diretrizes, baseadas na valorização do hospital, voltadas para a doença, e introduzir novos princípios, com foco na promoção da saúde, na participação da comunidade, bem como convencer a própria população, desconfiada e desiludida, de que desta vez a mudança é a sério (BRASIL, 2001b).

### 4.3.2. Objetivos do programa

O PSF é a principal estratégia de organização de Atenção Primária. De acordo com Amorim e Araújo (2004, p.15) “é colocada como um mecanismo no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, com garantia de financiamento específico para a sua consecução”. Conforme Kakehashi *et al.* (2000, p. 28) “é uma estratégia de organização da assistência à saúde, tendo a família como foco no seu espaço físico e social”.

Brasil<sup>2</sup> apud Amorim e Araújo (2004, p. 14) definiu que o PSF tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e a comunidade.

Nos municípios brasileiros em que o PSF está implantado adequadamente, com profissionais capacitados e integrados ao sistema municipal de saúde, esse tem condições de solucionar efetivamente mais de 85% dos casos de saúde da população atendida. As equipes de saúde da família dispõem de meios e profissionais capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde ali mesmo, na Unidade de Saúde da Família - USF. Quando necessário, as equipes realizam atendimento no próprio domicílio. Só os casos excepcionais, que representam menos de 15% do total atendido pelas USF bem instaladas, são encaminhados para unidades onde haja profissionais especializados e equipamentos mais sofisticados (BRASIL, 2001 a).

Essa nova maneira de organizar o sistema local de saúde explica por que, nos municípios onde o PSF está bem implantado, com equipes capacitadas e dispendo de estrutura física e equipamentos adequados: diminui-se o número de mortes de crianças por causas evitáveis; aumenta-se a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto; melhora-se a qualidade de vida dos idosos; melhoram-se os índices de vacinação; os hipertensos e diabéticos são diagnosticados, tratados e acompanhados; os casos de hanseníase e tuberculose são localizados e tratados; diminui-se as filas para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde, etc. (BRASIL, 2001 b).

---

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações Coordenação da Saúde da Comunidade. Programa Saúde da Família: dentro de casa. Brasília, DF. 1994

### 4.3.3 Bases organizativas

Segundo Souza (2001), o PSF deve ser composto por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, que devem residir no município onde atuam, trabalhando em período integral. Essa equipe atua nas USF, onde devem contar com equipamentos e instalações indispensáveis para garantir bom atendimento à comunidade. Quando possível, as USF utilizam o mesmo endereço onde antes funcionavam os centros ou postos de saúde (BRASIL, 2001 b).

Deve-se ter em mente, no entanto, que a diferença vai além da mudança de nome, uma vez que, enquanto os postos e centros de saúde tradicionais adotam um modelo passivo de atenção, limitados a encaminhar os doentes para centros especializados ou para o hospital mais próximo, as equipes de saúde da família, em atividades na USF, identificam os problemas e necessidades das famílias e comunidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento (BRASIL, 2001 b).

O PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, por meio de atendimentos prestados na unidade básica de saúde, no domicílio ou através da mobilização da comunidade.

### 2.3.4 Princípios organizativos

O PSF capaz de ser resolutivo e de estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população numa prática de saúde integral e participativa, deve ter como guia princípios que organize o programa e sirva como farol para que o mesmo não se perca. São características que em sua grande maioria contrapõe toda uma prática assistencial formada, mas que deve ser refeita e construída em prol de um novo modelo assistencial (SOUZA, 2001).

Para que isto ocorra faz-se necessário o seguimento de características que favorecerão essa transição, dentre elas a citar:

Que todas as Unidades Básicas de Saúde sejam responsáveis por um território geográfico onde vive um determinado número de pessoas; Que todas as famílias deste território sejam cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família; Que a partir do cadastramento juntamente com as lideranças comunitárias locais, a equipe realize diagnóstico da comunidade que está sob a responsabilidade da equipe, identificando quais são as pessoas ou famílias que precisam de atenção especial, seja porque já existe situação de desequilíbrio instalada ou porque estão sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer; Priorização da equipe pelas ações programáticas (saúde da mulher, da criança, doenças crônicas – degenerativas, etc.) para o enfrentamento dos problemas identificados; Estabelecer vínculo com a comunidade, propiciando espaço privilegiado para trabalhar a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o

processo; Potencializar as parcerias e articulações intersetoriais, uma vez que identifica problemas cuja resolução requer ações que transcendem a responsabilidade única do setor saúde (SOUZA, 2001,p.46).

Muitos outros princípios favorecem e são responsáveis pela construção e atuação do programa. São características que em sua grande maioria contrapõem a toda uma prática assistencial formada, mas que deve ser refeito e construído em prol de um novo paradigma assistencial. Isso pode ser possível a partir do seguimento das características que favorecem essa transição, dentre elas a citar:

**Caráter substitutivo:** Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde. O modelo hegemônico da prática médica flexneriana tem por base o conceito de saúde como ausência de doença, no entanto, de acordo com Souza (2001, p.43,) "... o PSF assume o conceito de saúde como qualidade de vida". Enquanto o modelo clássico organiza sua prática dirigida às pessoas doentes, o PSF tem como eixo de atenção à pessoa saudável, além de quebrar o modelo tradicional ainda centrado no indivíduo, passando a integrar o coletivo.

**Integralidade e hierarquização:** A USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção primária. De acordo com Brasil (2002b) o programa deve estar vinculado à rede de serviços de forma que garanta atenção integral aos indivíduos e familiares e seja asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações. No entanto, para Brasil (2001a) é um erro pensar que as equipes de SF são responsáveis apenas pelas visitas domiciliares e atividades coletivas ou individuais de prevenção a doenças, enfermidades, patologias em geral, enquanto a assistência curativa continua sob responsabilidade de outros profissionais do modelo tradicional. Essa grave distorção põe em terra pontos básicos do PSF, que são a integralidade e a resolutividade: nos territórios onde estejam implantadas, as USF são responsáveis por toda atenção básica das comunidades. As principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas equipes de SF de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 2001: Ações de saúde da criança (vigilância nutricional, imunização, assistência às doenças prevalentes na infância, assistência e prevenção às patologias bucais); Ações de saúde à mulher (pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero, planejamento familiar, prevenção dos problemas odontológicos em gestantes); Controle da hipertensão (diagnóstico de casos, cadastramento dos portadores, busca ativa de casos, tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, atendimento à saúde bucal, medidas preventivas); Controle dos Diabetes Mellitus (diagnóstico de casos, cadastramento dos portadores, busca ativa de casos, tratamento dos



casos, monitorização dos níveis de glicose do paciente, diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento dos casos graves para outro nível de complexidade, medidas preventivas e de promoção da saúde); Controle da tuberculose (busca ativa de casos, notificação de casos, diagnóstico clínico de casos, acesso a exames para diagnóstico e controle, cadastramento dos portadores, tratamento dos casos BAAR +, medidas preventivas); Eliminação da Hanseníase (busca ativa de casos, notificação, diagnóstico clínico de casos, cadastramento dos portadores, tratamento supervisionado dos casos, controle das incapacidades físicas, medidas preventivas); Ações de saúde bucal (cadastramento de usuários, planejamento, execução e acompanhamento de ações) (BRASIL,2001a).

**Territorialização e adscrição da clientela:** A Portaria 648, de 2006, recomenda que cada equipe de SF acompanhe entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 pessoas. Segundo Brasil (2003), deve haver 1 Agente Comunitário de Saúde (ACS) para no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas e cobertura de 100% da população da área de responsabilidade da equipe. Ressalta, também, que a proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. Onde o risco é maior, recomenda-se que a população atendida seja menor, para que a ESF possa se dedicar adequadamente ao seu trabalho.

**Equipe multiprofissional:** Apesar de se reconhecer a forte presença do profissional médico gerado pelo modelo clássico, de acordo com Souza (2001, p.45) “no PSF há uma inversão desse valor, a equipe passa a ter claras suas competências, cujas responsabilidades ultrapassam a ciência da medicina”. O trabalho multiprofissional é uma das metas do programa, e para isso luta-se bastante pela inclusão de diversas áreas profissionais no mesmo. Souza (2001, p.37) vem demonstrar sobre “a necessidade essencial de desmistificar em alguns municípios brasileiros o PSF como estratégia de médico de família, e sim de Saúde da Família”. Em que a equipe multiprofissional tem a co-responsabilidade social de enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde, tendo como base a atenção às famílias.

**Desmistificação da supervalorização da estrutura hospitalar:** O PSF não nega a existência e necessidade do hospital, no entanto, como Souza (2001, p.45) sugere “O melhor local de intervenção é o mais próximo possível, onde as pessoas se encontram, vivem, trabalham, permitindo uma convivência e maior conhecimento das relações que são estabelecidas em cada território/ espaço/ domicílio, garantindo uma vida com saúde e de qualidade!”.

**Caminho inverso à demanda espontânea:** Segundo Souza (2001, p.46) “a base do atendimento no modelo clássico é a demanda espontânea, aquela onde todos batem à porta das Unidades de Saúde sem nenhuma garantia de serem atendidos, e mais, quando visto,

pouco olhados, vistos e compreendidos”. Para Mendes (1999), a saúde da família constitui o primeiro contato com o sistema de saúde e mede-se pela extensão na qual a população utiliza os serviços de atenção primária quando deles necessita. Além disso, significa que nenhuma pessoa poderá ser atendida nos níveis secundários e terciários do sistema, sem encaminhamento da equipe da família, salvo a exceção óbvia para os cuidados de emergência.

**Impacto:** Por impacto deve-se entender as mudanças, quantitativas e qualitativas, no estado atual e futuro da saúde da população que possam ser atribuídos aos serviços de saúde. O impacto relaciona-se, portanto, com a capacidade que têm os produtos da atenção primária de alterar, para melhor, os níveis de mortalidade, morbidade e incapacidade da população adscrita (MENDES, 1999).

**Orientação por problemas:** Para Mendes (1999), este princípio é decorrência natural do anterior porque só identificando, descrevendo e explicando um problema, na concretude de um território de abrangência da saúde da família, é que se pode atuar, conseqüentemente, sobre suas causas para, dessa forma, impactar os níveis de saúde.

**Intersetorialidade:** Os problemas de saúde, por serem complexos e mal definidos, convocam, para sua solução, outros setores, fora do âmbito dos serviços de saúde. Assim, a saúde da família deve trabalhar em estreita articulação com outros setores para que possa enfrentar, adequadamente, os problemas (MENDES, 1999).

**Longitudinalidade:** “Por este princípio a saúde da família deve assegurar, à população, cuidados contínuos ao longo do tempo, de forma a superar a atenção ocasional, característica da prática da atenção médica” (MENDES, p.278,1999). Para Starfield (2002), a longitudinalidade é definida como a capacidade de lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos e grupos no decorrer de um período de anos. Para o autor, trata-se de uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema.

**Co-responsabilidade:** Na saúde da família estabelece-se relação de mútua responsabilidade entre os recursos de saúde e a população adscrita, com base na responsabilização. Desse modo, num território-área de abrangência, a população deve reconhecer nos serviços de saúde da família seus serviços, ao mesmo tempo em que a equipe de saúde da família reconhece, na população adscrita, sua população, criando-se um sentimento de parceria em busca da melhoria da saúde (MENDES, 1999).

Para Brasil (2005), fundamentando-se nos princípios da atenção básica no Brasil, quais sejam: integralidade, qualidade, equidade e participação social, os profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, assistentes de odontologia e agentes comunitários de saúde) são organizados em equipes, que propõem práticas

gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas às populações de territórios delimitados. A atuação das equipes caracteriza-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde e propõe-se, ainda, intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade e realizando atividades de educação e promoção da saúde.

#### **4.4 Os municípios e o programa**

Para Gouvêa *et al.* (2004), a municipalização da assistência no Brasil, transferiu às autoridades municipais e à comunidade local a responsabilidade de definir os rumos e as prioridades dos programas de saúde em cada município. Para eles essa foi uma medida inteligente e necessária, uma vez que ninguém melhor do que o prefeito, os vereadores e a própria comunidade para decidirem sobre como aplicar os recursos de saúde, de acordo com as necessidades percebidas pela população.

De acordo com a Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/96, a criação e o funcionamento desse sistema municipal, impulsionado pelo processo de descentralização imposto pelo SUS possibilitaram uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, permitiu também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outros, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS (BRASIL, 2001b).

A adesão ao PSF como uma forma de reorganização da Atenção Primária de Saúde tem permitido aos municípios pensar outra forma de trabalhar saúde e construir um novo patamar da gerência assistencial. No entanto, segundo Amorim e Araújo (2004, p.15) “a sua implantação nos municípios brasileiros não vem se dando de forma homogênea, e sim, com diversos conflitos e dificuldades”.

Com relação à implantação do programa nos municípios, vale ressaltar que não se deu uniformemente, já que eles predominaram nos municípios de pequeno porte. De acordo com Brasil (2002b), apesar das persistentes afirmações em torno dos resultados do programa e dos mecanismos indutores de financiamento, em poucos municípios com sistemas de saúde complexos o PSF foi introduzido como a estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente. Para ele, na grande maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF persiste com as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltado para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias.

Para Brasil (2002b), os dados encontrados na literatura apontam para essa associação, que pode ser explicada pela tendência inicial de implantação do programa em

áreas menos assistidas, conhecidas como “vazios sanitários”. Esses locais caracterizavam-se por serem municípios de pequeno ou médio porte, onde o incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família tinha grande poder de indução da política de saúde. Isto gerou uma rápida ampliação da cobertura do programa nos pequenos municípios, inclusive porque uma ou duas equipes oferecem altas taxas de cobertura em municípios com até 10 mil habitantes.

#### **4.5. Principais dificuldades encontradas na implementação do Programa Saúde da Família nos municípios**

Um dos principais fatores que dificulta a implementação do PSF segundo alguns autores é a dificuldade da prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes. De acordo com Neckel (2009), este fato é decorrente da formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária.

O próprio usuário força a ausência da interdisciplinaridade, visto que, supervaloriza a imagem do médico. De acordo com Rocha (2005), é evidente o fato de que, apesar do PSF ter como um dos princípios, o trabalho em equipe multidisciplinar, a população reconhecer apenas a figura médica para um melhor funcionamento da equipe saúde da família. Para Brasil (2000), a proposta do PSF visa uma integração mais efetiva entre as práticas clínicas e as abordagens coletivas, incorporando a contribuição clínica da enfermagem, odontologia e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Para o CONASS (2007), o PSF ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônico como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado coerente com o paradigma flexneriano, de disciplinas isoladas, que domina as escolas de saúde. Esse modelo fragmentado também se mostra muito mais coerente com as demandas do mercado do que com uma proposta abrangente de atenção primária. Para o Conselho, faz-se importante que o Brasil avance na construção desse campo de conhecimento e de práticas, deixando ao largo preconceitos e ideias pré-formadas ainda não superadas, dos pacotes assistenciais dos anos 1980 e 1990.

É comum, também, no processo de trabalho do PSF, a ausência da equipe mínima exigida pelo MS, o que segundo Fortuna (2005) coloca as equipes e seus trabalhadores diante da impotência em dar respostas aos problemas identificados, ou as dão de forma fragmentada e niveladas perante a complexidade do objeto da saúde. O autor também considera que este fato fomenta a medicalização histórica da sociedade, que vê na atenção

curativa biomédica e especializada a solução para todos os seus males existenciais, incluídos no processo saúde-doença.

Para o CONASS (2007), a desvalorização do PSF se reflete na dificuldade de captação dos profissionais necessários, nas dificuldades de muitos autores de deixar de tratar o PSF como um “postinho de saúde”, e dos usuários de reconhecer que esse espaço é fundamental para apoiá-lo na rede de serviços e tecnologias disponíveis nos sistemas de saúde.

Segundo o Conselho, os fatores contribuintes para as ocorrências acima é o fato de haver uma duplicidade de redes de atenção com unidades tradicionais e unidades de saúde da família que atuam em um mesmo território gerando, entre outros problemas, competição pela clientela, dificultando a vinculação da população, conflitos entre as equipes e gastos adicionais.

Um problema relevante com relação à atomização do trabalho no PSF é o excesso da rotatividade dos profissionais nas equipes. Para Brasil (2005), a rotatividade ou não fixação dos profissionais de saúde no PSF é um fator de não sustentabilidade do programa para muitos de seus estudiosos, e é um fato comum nos municípios brasileiros.

Segundo o CONASS (2007), o nó crítico mais citado pelos gestores é a falta de profissionais com perfil e capacidade técnica, e em quantidade suficiente para atender ao processo de expansão das equipes. Para o Conselho, outros fatores também são contribuintes para a baixa fixação dos profissionais, como a falta de reconhecimento social dos mesmos, as dificuldades em participar de educação permanente, as precárias condições de trabalho e formas de contratação, a falta de estímulo a produção intelectual, a falta de adoção de planos de carreiras e remuneração inadequada.

Para Rosa e Labate (2005), outro fator contribuinte para a rotatividade dos profissionais na equipe de saúde da família, com o conseqüente desmantelamento do PSF é de ordem política, pois, a cada quatro anos os municípios trocam seus prefeitos que, por sua vez, também trocam as equipes por outras, comprometendo, assim, todo o trabalho implementado, ou seja, a troca excessiva dos membros das equipes por motivos “políticos” impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade.

Nesse sentido, para as autoras é sugestivo o fato de que muitas vezes a política municipal não reconhece os princípios norteadores do PSF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o PSF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitorais.

Muitos estudos sobre o PSF apontam, também, a ausência da população como protagonista nos cuidados da sua saúde. Crevelim (2005) afirma que, embora o PSF se sustente na participação e no controle social, formas verticais de relacionamento continuam

deixando o usuário passivo na dinâmica de cuidar da sua saúde, o que tende a excluí-lo da esfera das decisões que lhe dizem respeito.

Para Azevedo (2007), a dificuldade de acesso dos usuários a alguns serviços compromete a qualidade do serviço. Para a autora, a dificuldade para o agendamento de consultas (médicas e odontológicas), a falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência, configura um quadro crítico que compromete em muito o acesso dos usuários à atenção por eles necessitada. Isso configura falhas no aspecto organizacional do acesso, para satisfazer as necessidades de saúde que lhes são demandadas.

Para a autora é de extrema importância a acessibilidade dos serviços, caracterizando-se como condição básica para que qualquer política pública, destinada a responder a necessidade social, alcance seus objetivos e impacte positivamente sobre o objeto de sua intervenção.

De acordo com o CONASS (2007), outro desafio relacionado à implantação do PSF está relacionado ao financiamento. Como todas as outras ações e políticas do SUS, o PSF não conta com os recursos suficientes, muitos gestores apontam inclusive que a saúde da família tem ampliado as despesas e não as reduzido. No entanto, não se deve deixar de considerar que alguns estados têm implantado incentivos específicos para atenção primária e para a saúde da família, o que é extremamente positivo nesse momento de qualificação da APS. Para o Conselho, deve-se ter em mente que a redução de custos só será possível com a racionalização da utilização e do consumo de serviços de custo elevado, bem como o fato de que, por ainda estarmos em um movimento nacional de universalização do acesso dentro do processo de construção do SUS, o que se espera é qualificar a porta de entrada para que se possa cumprir o papel de dar acesso de forma racional a todos.

Para o CONASS (2007), várias estratégias vêm sendo utilizadas na busca da superação das inúmeras dificuldades. Transformar a saúde da família de um programa a uma estratégia dentro de uma política nacional é um desses avanços.

#### **4.6 Impacto e importância na inversão do modelo assistencial**

Em estudo realizado por Gomes *et al.* (2009), os resultados encontrados na maioria das cidades brasileiras tem demonstrado a ampliação da cobertura de serviços na atenção básica a partir da expansão do PSF, assim como a contribuição positiva do programa na evolução de muitos dos indicadores de saúde da população. Todavia, algumas ações e serviços carecem de melhorias para garantir uma assistência integral e de maior qualidade aos usuários. Os autores relatam que a maioria das ações realizadas pelo programa ainda

segue o modelo tradicional de assistência, priorizando ações curativas e individualizadas, o que limitou seu potencial de mudança. Para eles, o desafio é retratado pelos indicadores que comumente não apresentam melhoria após sua implantação e principalmente pelo fato de grande parte dos usuários desconhecerem a existência do próprio programa ou o seu real papel junto à comunidade.

Dados relevantes são observados por Henrique e Calvo (2009), em pesquisa realizada sobre o grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais nos municípios Catarinenses, os autores concluíram que o número de municípios com PSF em situação insatisfatória são proporcionais ao porte populacional. Para eles há significativamente mais municípios menores (até 50 mil habitantes) em situação satisfatória e intermediária para alguns itens, como a cobertura populacional e estrutura física. Já os municípios maiores apresentam-se associados à condição insatisfatória para o PSF, principalmente para a cobertura e condição física.

Segundo o CONASS (2007), em análise de indicadores para atenção primária descreve comparativamente, no período de 1998 a 2004, a evolução de oito indicadores de saúde, segundo estratos de cobertura da saúde da família no Brasil, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), renda e porte populacional dos municípios. Para ele, o grande impacto do PSF no sentido de melhorar os indicadores de saúde foi observado nos municípios com IDH baixo (< 0,7). Tal observação é importante para traduzir que o PSF é um fator de geração de equidade

Percebe-se em Guedes *et al.* (2007), em pesquisa realizada em um município do interior de Minas Gerais sobre resultados encontrados após implantação do PSF, resultados satisfatórios no que tange a indicadores de saúde. Resultados concretos, demonstrados estatisticamente, revelam que a saúde da comunidade melhorou, diminuindo consideravelmente o número de internações hospitalares, o número de ações de saúde da mulher e da criança, a busca ativa de casos, a adesão aos programas de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e DST/AIDS, bem como a atuação da equipe na prevenção de doenças e promoção da saúde aumentou.

Para Azevedo (2007), vários são os estudos que demonstram a eficiência do PSF a partir dos impactos positivos produzidos nos indicadores de saúde da população e da garantia de maior equidade em saúde no país, mas, ao mesmo tempo, constatam que o PSF ainda está em construção e necessita de qualificação para concretizar a mudança do modelo assistencial e obter resultados mais expressivos e de forma uniforme.

## 5 CONCLUSÃO

É notável pela evolução histórica que, no Brasil, o modelo proposto pela APS teve enorme impacto na organização do sistema público de saúde e que o surgimento do PSF foi fundamental como estratégia de reorientação assistencial como caráter substitutivo às práticas convencionais e a fim de reafirmar os princípios do SUS.

O PSF, hoje com status de Estratégia Saúde da Família (ESF), adquiriu uma visibilidade importante devido ao fato de ter assumido uma responsabilidade fundamental no modelo de saúde brasileiro, qual seja, a de reorganizá-lo. Assim, funcionando como porta de entrada, tem tentado resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. O acesso a saúde atingiu vários avanços desde a instituição do Sistema Único de Saúde, sendo a expansão da Atenção Primária através da ESF uma de suas estratégias mais felizes, mesmo com as inúmeras limitações que se percebe na prática de diversos municípios.

Transformar a Saúde da Família de um programa a uma estratégia dentro de uma política nacional já foi um grande avanço na busca da superação das dificuldades. No entanto, para continuar avançando torna-se necessário além de ampliar a inserção da ESF para manter a ampliação da cobertura, melhorar a articulação, comunicação e capacidade de coordenação do cuidado pela ESF nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde.

Com relação ao processo de transformação do modelo assistencial, a inclusão da família como foco da atenção, ultrapassando o cuidado individualizado focado na doença, deve ser ressaltada como um avanço significativo da atenção à saúde e como contribuição da ESF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, no entanto, pode-se inferir que ainda há um longo caminho a se percorrer até que a oferta de ações e serviços de saúde seja compatível com as necessidades de saúde dos usuários, bem como com as propostas estabelecidas pela estratégia.

Percebe-se com a pesquisa, que um processo de mudança está sendo exigido. Mudança não somente da forma de pensar, mas, principalmente, da forma de agir. Para isso, torna-se necessário aos gestores, já que possuem papel fundamental no processo de implantação e acompanhamento do programa, oferecer atenção especial para a abertura de novas equipes de ESF nos municípios, organizando a implantação de acordo com os princípios que o regem e motivando os profissionais de saúde para que se sintam responsáveis pela realização das mudanças exigidas. É primordial a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, principalmente dos ACSs, através de educação permanente pelos seus supervisores, a fim de que os mesmos desenvolvam uma reflexão crítica sobre as suas práticas, visando sempre o atendimento integral, contínuo e oportuno às famílias cadastradas.



Torna-se importante, também, que a Estratégia Saúde da Família trabalhe com a sensibilização dos usuários quanto aos princípios do programa, a fim de facilitar a implementação, gerar conhecimento quanto ao significado do programa e causar legitimidade ao processo de inversão do modelo assistencial. Isso pode ser possível através de debates e da criação de formas ampliadas de participação da comunidade, como a divulgação na população por meio de reuniões ou materiais educativos das propostas e objetivos da ESF, como também das atividades realizadas pelos integrantes da Equipe de Saúde da Família, como forma de fortalecer o vínculo e criar, socialmente, uma imagem positiva desses profissionais e da estratégia.

Neste sentido, para que o ESF seja capaz de responder todas as ações elencadas, seus princípios e diretrizes deverão ser apresentados insistentemente a todos os envolvidos (gestores, profissionais de saúde e usuários), para que juntos e orientados pela nova lógica do sistema de saúde todos possam participar e desempenhar os seus papéis na efetiva implementação de um serviço de saúde universal, equitativo, democrático, resolutivo e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n. 16, fev/set 2005.

AMORIM, A. C. C.; ARAÚJO, M. R. N. **Legislação Básica/ Saúde da Família.** Montes Claros: Unimontes, 1. ed. 14, 15p. 2004

ANDERSON, M. I. P. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade.** Editorial. v.1, n. 2, Set. 2004.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo.** São Paulo: Hucitec, 2001.

ANDRADE L. O.M. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN B.; SCHMIDT M.I, GIUGLIANI,E.R.J. **Medicina Ambulatorial.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

ARAÚJO, M. R. N.. **Estratégia de Atenção Básica e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em <www.psf.gov.br> Acesso em 07 junho 2005.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) Porta de Entrada.** Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Mestrado em Saúde Pública, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília,1996 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família. Programas e projetos.** Brasília,1996b.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do. Cap. VIII da ordem social e secção II, art. 196 e 198,** promulgada em 5 de outubro de 1988. 17º ed. Atual e ampliada. São Paulo: Saraiva,1997.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, Caderno 1: A implantação da unidade de saúde da família.** Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **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), 15 p. 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 2002 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência a Saúde. Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custos e Formas de Financiamento**. Brasília, 2002 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agentes Comunitários da Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação**. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos, síntese dos principais resultados**. 2. Ed., 2005

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **O processo de trabalho em saúde. In Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção de cuidado em saúde** (pp. 69-79). Rio de Janeiro/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 648** de 28 de março de 2006.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080/90 – Disponível em <<http://portalweb01.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em março de 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção CONASS Progestores para entender a gestão do SUS. Volume 8, 1ª edição, Brasília, 2007.

CAMARGO Jr. K. R. *et al.* **Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade**. Cad. Saúde Pública. 24: 58-68, 2008.

CERRO, A. L.; BERVIAN P. A. **Metodologia Científica**. 4.ed. São Paulo: Editora Makron Books;,1996.

COSTA, A. C. F. **Direito Sanitário e Saúde pública: Coletânea de textos**, volume I, Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2003.

CORRÊA. E. J. *et al.* **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Editora COOPMED, 2009.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2 ,p: 323-331, 2005.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2008.

FORTUNA, C.M. *et al.* Trabalho de equipe no programa de saúde da família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am enfermagem**, 3:262-268, 2005.

FRANCO T., MERHY E. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Campinas, mar. 1999. Disponível em: Acesso em 27 Maio 2010. <http://www.datasus.gov.br/cns>.

GOUVEA, C. N. A. *et al.* **A assistência ao paciente diabético no PSF: Perfil do diabético após a implantação do PSF**. In: PINTO, Ricardo Figueiredo; VIANA, Maria Olinda Nide da Silva. **Pesquisas em PSF- Programa Saúde da Família**. Belém: GTR Gráfica e Editora, Coleção Pós-Graduação, 2004. vol.2, cap. 12,201-219p.

GOMES K. O. *et al.* Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1473-1482, 2009

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. Editora Atlas, São Paulo, 2008.

GUEDES, H. *et al.* Resultados alcançados com a estratégia saúde da Família após cinco anos de implantação em uma cidade do interior de Minas Gerai. **REME – Rev. Min. Enf.**v.11, n.4,p :363-368, out./dez., 2007

HENRIQUE, F; CALVO, M. C. M. **Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1359-1365, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na Saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002, 39p.

KAKEHASHI, T. Y. *et al.* **Famílias expressando suas percepções sobre o PSF em um bairro do II subdistrito de Santo André**. Anais da I Jornada Científica de Enfermagem da UNI ABC. São Paulo: 2001, 28p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999, 278p.

MENDES, E. V. A Estratégia de Implantação do Saúde em Casa: O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. In: **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

NECKEL, G. L. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1463-1472, 2009.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002.

POLIGNANO, M. V. História das políticas públicas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. In: CURY, G. E. *et al.* **Cadernos do Internato Rural. Depto de Medicina Preventiva e Social**. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. BH. 2000.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, nov/dez 2005.

ROCHA, J. A. **Avaliação dos serviços prestados pelo Programa Saúde da Família sob a ótica dos usuários**. 55f. Universidade Estadual de Montes Claros, 2005.

SCHRAIBER L. B.; MENDES G. R B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schaiber L. B; Nemes M. I. B.; Mendes G. R.B., editores. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. (SP): Hucitec; 1996. 29-47p.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Cortez, 22 ed. revisada e ampliada de acordo com a ABNT, 2002.

SILVEIRA, A. **Saúde do Trabalhador**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SOUZA, H. M. Programa saúde da Família: Entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, dez.2000,7p.

SOUZA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: HUCITEC,2001,37.43,45,46p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIANA, A.L. & DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família, Physis – **Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n.02, p. 11-47, Rio de Janeiro, 1.998.