

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CONTRIBUIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
CONSOLIDAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL PRECONIZADO
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Elenice Pinheiro dos Santos

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2011

ELENICE PINHEIRO DOS SANTOS

**CONTRIBUIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
CONSOLIDAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL PRECONIZADO
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Kátia Ferreira Costa Campos

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2011

ELENICE PINHEIRO DOS SANTOS

**CONTRIBUIÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A
CONSOLIDAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL PRECONIZADO
PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Kátia Ferreira Costa campos

Banca examinadora:

Prof^a Kátia Ferreira Costa Campos- orientadora

Prof^a. Dr^a Daisy Maria Xavier de Abreu

Aprovado em Belo Horizonte: 14/05/2011.

RESUMO

O presente estudo abordou a contribuição da Estratégia Saúde da Família (ESF) na consolidação do modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que a referida estratégia é calcada em seus princípios. Tal tema justifica-se pela necessidade de se repensar a prática assistencial das equipes e o que ela contribui para a reorientação do modelo assistencial. O objetivo deste estudo é buscar na literatura a contribuição da ESF para a consolidação do modelo assistencial do SUS. Foi realizada uma revisão bibliográfica, do tipo narrativa, através do levantamento nas bases de dados (Lilacs, periódicos, dissertações, teses e site do Scielo e do Ministério da saúde). Identifica-se que a ESF surge como proposta de reorientação do modelo assistencial, visando viabilizar e reorganizar a Atenção Primária à Saúde. Porém, é preciso avançar na organização do processo de trabalho para que efetivamente haja trabalho em equipe multidisciplinar e inclusão da família como foco da atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado e centrado na doença, característico do modelo biomédico. Assim, é necessário que as equipes de saúde desenvolvam ações que contemplem os princípios fundamentais do SUS e que estas equipes também ofereçam uma atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças, através de um conjunto de serviços essenciais para a saúde da população. Através da vivência prática como profissional, seguindo os moldes do Programa Saúde da Família, evidencia-se a necessidade de um agir diferente, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais, que venham de encontro com as propostas do modelo assistencial mais preventivo, e que atenda às necessidades reais da comunidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Modelo Assistencial, Sistema Único de Saúde.



ABSTRACT

The present study addressed the contribution of the Family Health Strategy (FHS) in the consolidation of health care model advocated by the Unified Health System (SUS), whereas this strategy is grounded in its principles. This topic is justified by the need to rethink health care practice teams and what it contributes to the model reorientation. The aim of this study is to search the literature the contribution of ESF to consolidate the model of care SUS. We performed a literature review, the type narrative, through a survey of databases (Lilacs, periodicals, dissertations, theses and Scielo site and the Ministry of Health). We find that the ESF is the proposal of model reorientation, aimed at facilitating and reorganize the Primary Health Care, however, is needed on the organization of the work process so that effectively there is multidisciplinary team and the family's focus basic care, exceeding the individual care and focused on the disease, characteristic of the biomedical model. Thus, it is necessary for health teams to develop actions that address the fundamental principles of the NHS and that these teams also provide a focused attention to health promotion and disease prevention through a range of services essential to health. Through practical experience as a professional, along the lines of the Family Health Program, highlights the need for an act differently, by both users and professionals, who come from a meeting with the proposals in more preventive health care model, and that meets the needs of the community.

Keywords: Family Health Strategy, the Care Model, the Unified Health System

SUMÁRIO

1 Introdução.....	06
2 Metodologia.....	10
3 Resultados.....	11
3.1 O modelo assistencial no contexto do SUS.....	11
3.2 A atenção primária à saúde e os usuários na ESF.....	18
3.3 Desafios do modelo assistencial na ESF.....	24
4 Considerações finais.....	29
Referências	31

1 Introdução:

O presente estudo faz uma contextualização sobre o modelo assistencial de saúde no Brasil, desde a implantação da estratégia saúde da Família (ESF), que viabilizou os conceitos de atenção primária que surgiram como estratégia política para a reversão do modelo biologicista e biomédico.

O Movimento da Reforma Sanitária foi uma bandeira de luta específica e parte de uma totalidade de mudanças (Arouca, 1998), já que concretizava setorialmente (na saúde) os direitos democráticos pelos quais amplos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam. Foi e segue sendo uma proposta, já que oferece princípios e proposições, como os plasmados no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, muitos dos quais incorporados ao texto constitucional. Ao mesmo tempo é um projeto, pois representa um conjunto de políticas articuladas, que incluem uma dada consciência sanitária, a defesa da participação cidadã e a vinculação da saúde com lutas políticas e sociais mais amplas. E também é um processo, pois se transformou em bandeira de lutas, possibilitou a articulação de práticas e a conformação de um projeto político-cultural consistente (Paim, 1997).

A potência do movimento da reforma sanitária no período final da ditadura e durante a Constituinte esteve baseada em sua capacidade de construir no coletivo a idéia do direito democrático de todos à saúde (uma perspectiva de igualdade numa sociedade desigual) e propor as linhas gerais de um novo ideário sanitário (Fleury, 1997).

No processo de luta pela democracia, portanto, a saúde foi um campo em que os diferentes atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura contaram com um discurso alternativo ao hegemônico, com formulações e proposições (de saúde, de democracia) e com modos de fazer política compatíveis com a radicalidade da proposta em questão.

E provavelmente é essa a explicação para a capacidade que o processo de construção do SUS tem tido de continuar mobilizando e conquistando militantes ao longo dos últimos 15 anos, apesar de todas as dificuldades enfrentadas.

No entanto, o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la.

O modelo technoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde são todos elementos críticos nesta situação, pois contribuem ou dificultam a

mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS.

Por essa razão estes são temas de relevância fundamental para os formuladores das políticas, gestores do SUS em todas as esferas e atores implicados com a construção democrática da saúde no país.

O SUS vem conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, recentemente se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social.

Segundo Carvalho (1995), a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 foi um dos fóruns mais importantes para a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, de composição mista entre Estado e sociedade civil, com o papel de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde -SUS- definindo políticas, orçamentos e ações.

Segundo Almeida (1990), na VIII Conferência Nacional de Saúde discutiu-se três temas básicos: a redefinição do conceito de saúde, entendido não somente como possibilidade de assistência em saúde, como condição objetiva de vida, incluindo condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente; a reorganização do sistema, como um sistema único, regendo os princípios, como universalização da cobertura assistencial da população, descentralização na gestão dos serviços, acesso com equidade, introdução de práticas alternativas de assistência de saúde e o financiamento do setor, com a importância da revisão dos mecanismos financeiros.

Com isto, percebe-se que a busca por novos modelos de assistência, decorre de um momento histórico-social, no qual o movimento de reforma do setor saúde procurava propor uma assistência adequada à necessidade de saúde da população. Nesse sentido, o setor saúde deveria se organizar para ser mais humano e solidário, levando em consideração que a saúde poderia elevar-se em qualidade, caso fossem melhoradas as condições de vida dos indivíduos.

A formulação da Estratégia da Saúde da Família – ESF parte de uma avaliação da assistência à saúde, que tradicionalmente foi marcada por uma visão “biológica” do processo saúde-doença, com destaque das ações curativas e pela prestação de serviços hospitalares centralizados no atendimento médico (BRASIL, 1997).

No modelo biomédico, todas as ações assistenciais giram em torno do médico, considerado, como aquele que sabe o que é importante para a saúde do indivíduo e só ele pode fazer algo a respeito disso. Nesse sentido, centra-se a assistência em exames, consultas, medicamentos e outros procedimentos, deixando de lado os outros aspectos que compõem a saúde. Assim, saúde é entendida como ausência de doença, sem incorporar questões relacionadas ao bem estar e qualidade de vida (BRASIL, 1990).

A partir disso, entende-se que só será possível mudar esse modelo assistencial se houver mudança do objeto de atenção e uma reorganização da prática de assistência à saúde, considerando os princípios da atenção básica e do SUS (BRASIL, 1990), descritos a seguir:

Princípios do SUS:

- *Universalidade*: A Saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.
- *Equidade*: É um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- *Integralidade*: Significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- *Descentralização e comando único*: Um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas de saúde.
- *Resolutividade*: É a capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade.
- *Regionalização e hierarquização*: A regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a economia de escala.
- *Participação popular*: Como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social, é preciso criar canais de participação popular na gestão do SUS, em todas as esferas, municipal, estadual e federal.

Reforçando o que preconiza a Lei 8080 de 1990, Starfield (1992), afirma que só haverá APS de qualidade quando os seis princípios que se seguem abaixo forem obedecidos e

respeitados, princípios estes que vão ao encontro do modelo proposto com o SUS, como se segue abaixo:

- O primeiro contato: que é o acesso aos serviços para um novo problema para o qual se procura atenção à saúde.
- *A longitudinalidade*: é o aporte regular e consistente de cuidados pela equipe de saúde, num ambiente humanizado e de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e família.
- *A integralidade*: é o conjunto de serviços que atendam os problemas mais comuns da população adscrita, no que se refere aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença.
- *A coordenação*: capacidade de garantir a continuidade da atenção.
- *A focalização na família*: considerar a família como sujeito da atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde.
- *A orientação comunitária*: é o envolvimento da comunidade nas discussões sobre a organização da assistência em todos os níveis de atenção, através do controle social.

Portanto, percebe-se que, o novo modelo assistencial, propõe humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário, através do bom relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-o ao reconhecimento da saúde como um direito de todos, com resolutividade e integralidade.

Diante do contexto apresentado, pretende-se realizar uma revisão bibliográfica sobre a contribuição da estratégia Saúde da Família para a consolidação do modelo assistencial preconizado pelo SUS.

Acredita-se na importância deste estudo pela necessidade de se repensar o modelo praticado no cotidiano das equipes, bem como suas práticas para a consolidação do modelo proposto pelo SUS, centrando no conceito de saúde como qualidade de vida.

2 Metodologia:

2.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa sobre a contribuição da estratégia Saúde da Família para a consolidação do modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

A revisão narrativa, segundo Bernardo *et al* (2004), é aquela que apresenta artigos de revisão e publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual.

De acordo com o autor acima citado, para a revisão narrativa não existem critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. A seleção se dá conforme o interesse do pesquisador, constituindo-se basicamente, da análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Foram utilizadas para o estudo, as bases de dados Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), periódicos, dissertações, teses e site do Scielo e do Ministério da saúde, utilizando-se as palavras chaves: modelo assistencial, Estratégia Saúde da Família e saúde.

Foram escolhidos para a pesquisa, os artigos que a autora considerou de maior relevância sobre o tema, no idioma português e que foram publicados nas últimas décadas.

Para a análise e discussão dos principais aspectos foram sistematizados por categorias e apresentados em forma dissertativa.

Para a discussão da bibliografia selecionada, foram utilizadas as vivências da prática e observações relacionadas aos profissionais da atenção primária à saúde.

3 Resultados

Após a leitura dos artigos selecionados pela autora, foram distribuídos os dados obtidos, nas categorias abaixo relacionadas.

3.1 O Modelo Assistencial no contexto do SUS

A construção de um novo modelo assistencial, condizente com os princípios do SUS, tem sido um dos principais desafios para a Reforma Sanitária Brasileira nos anos 90, anos de crise da saúde, quando havia desequilíbrio entre oferta e demanda dos serviços de saúde, acentuada por problemas econômicos e fiscais do país.

Como tentativa de dar continuidade a Reforma Sanitária, vários esforços foram desenvolvidos para a construção de novos modelos de atenção à saúde, que causassem maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade. O surgimento destes movimentos de inovação da assistência à saúde foram influenciados por experiências internacionais, e tiveram sua introdução no Brasil, através de um processo desenvolvido junto às universidades e articulado à experiências e programas pilotos, tais como, em Salvador os “Sistemas Locais de Saúde” - SILOS-, em Campinas “Em Defesa da Vida”, e “Cidade Saudável” em Curitiba (BERNARDE; PINTO, 2003).

Segundo Viana e Dal Poz (1998), a implementação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, as NOBs, como instrumentos de regulamentação do sistema. Entretanto, desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para a operacionalização do novo modelo de assistência defendido pelo SUS, dos quais se destacam: as formas de financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções do governo tripartite; as formas de articulação público-privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial, a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais .

Ainda segundo Viana e Dal Poz (1998), essa implementação representou um processo de mudança na prática da atenção à saúde que exige dos profissionais, gestores e usuários transformações de atitudes e culturas, requerendo uma reviravolta bioética. Assim, faz-se necessário todos assumirem posturas mais complexas e abrangentes, no modelo assistencial holístico, resolutivo e humanizado.

Cecílio (1997), afirma que por muitos anos, a figura clássica de uma pirâmide foi utilizada para representar o modelo técnico assistencial que deveria ser construído com a implantação plena do SUS. Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais, situados em suas áreas de cobertura. À essa extensa rede de unidades, distribuída de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adstritas), seria atribuída, de uma forma geral, a missão de oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira porta de entrada para os níveis de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde.

Ainda conforme Cecílio (1997), na parte intermediária da pirâmide, estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais, com suas especialidades clínica e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais.

Cecílio (1997), afirma ainda, que o topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu verso os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional. A pirâmide representaria afinal a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma a garantir um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima, como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra referência, permitindo, assim, que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados.

O modelo piramidal citado anteriormente surge como alternativa, diante da forte crise no serviço de saúde pública brasileira, quando se percebe a grande necessidade de políticas de saúde que viesse a suprir os anseios dos usuários, por melhorias no que tange à saúde pública.

Três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política dos prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários (VIANA; DAL POZ, 1998).

A qualidade no atendimento de saúde, almejado no SUS está ligado à atuação dos recursos humanos. A atuação do profissional de saúde tecnicamente competente e socialmente comprometido, somada a componentes políticos, administrativos, dentre outros, favorece um atendimento de qualidade. Portanto a relação que o profissional tem com o usuário, tem sido considerada âncora para melhorar a qualidade do SUS, tendo como pressupostos, a assistência

personalizada, o acolhimento, o direito do usuário de ter informação, e ser o sujeito ativo no processo de proteção e recuperação de sua saúde (VIANA e DAL POZ, 1998).

Segundo Nogueira (1994), a história dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, mostra a luta pela absoluta autonomia técnica e pela construção cooperativa de seus interesses; contrapondo-se a idéia de coletividade defendida na prestação de serviços no SUS.

Conforme Campos (1994), há uma parcela significativa de profissionais de saúde, resistentes à mudança do modo de funcionamento do sistema de saúde. Nessa perspectiva, o que se pretende, é superar a hegemonia do agir isolado, exclusivista e auto-suficiente, típicos do modelo biomédico, para conquistar espaços do trabalho em equipe, interconsultas e consultas conjuntas, algo a ser alcançado na realidade do SUS.

Conforme Paim (2003), para a construção do SUS, é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país. Este modelo, resultante de uma combinação complementar e ao mesmo tempo antagônica do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial sanitarista, dicotomiza assistência e prevenção. Ainda discute, ser o modelo assistencial uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde. Os principais problemas de saúde identificados quanto ao modelo assistencial durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 foram: desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações.

De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei 8080/90, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (CARVALHO; SANTOS, 2002).

Campos (1989), ao descrever o SUS, aponta que nesta alternativa de modelo assistencial, o mercado não seria o principal critério para organizar e distribuir serviços, mas o planejamento, realizado não a partir do poder aquisitivo das pessoas mas de suas necessidades de saúde. O atendimento seria universal, gratuito e organizado; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

Ainda para Campos (1989), a efetiva implantação do novo modelo pelo SUS, depende muito de um adequado sistema de gerência, tanto no aspecto técnico como político; na consolidação do espaço do coordenador de cada unidade, na democratização de decisão e controle, e na atuação direta de representantes da população. Falhas nesse sistema de gerência dificultam a efetivação dos princípios do SUS, bem como do seu modelo de atenção.

Assim, a descentralização da assistência de saúde, que foi concretizada em 1994, pela implantação do Programa Saúde da Família -PSF-, foi apenas um importante passo rumo à efetivação desse princípio. Agora para que os outros princípios também sejam efetivados, fazem-se necessárias mudanças, sugeridas por Salum (2000), como revisar o modelo assistencial, com a modernização e profissionalização da gestão, regularidade dos financiamentos da saúde, inclusive como pré-requisito para a credibilidade e continuidade do processo de municipalização, que consolidou com PSF.

Mattos (2001), aponta, não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, mas também sinaliza a direção que esta reorientação precisa assumir de forma que se adeque as propostas do SUS. Esse autor ainda afirma que, o princípio da integralidade da assistência, está convergindo para características como: reducionismo, fragmentação e objetivação dos usuários.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA-, considera que para que os princípios da universalidade e integralidade possam ser sustentados, é indispensável promover transformações profundas no processo de implementação do SUS que envolveriam: revisão do modelo assistencial, com modernização e profissionalização da gestão, e regularidade dos financiamentos da saúde, inclusive como pré-requisito para a credibilidade do processo de municipalização, que consolidou com PSF (SALUM, 2000).

A segunda metade dos anos 90 tem como características da política de saúde, a implementação de novos programas, ações regulatórias e modalidades de alocação de recursos, visando aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS. Essas medidas configuram-se num momento em que se busca promover a tensa conciliação entre objetivos macroeconômicos de estabilização, com metas de reformas sociais teoricamente voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade. Esta conjuntura condicionou, de forma importante a agenda das políticas governamentais, e o próprio tratamento das questões econômicas e sociais, ainda que seu impacto tenha se diferenciado nas diversas políticas setoriais (CECÍLIO, 1997).

Na década de 1990, tem início a implementação do PSF, que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS (BRASIL, 1997). Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir do nível primário. Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos variam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes, até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas.

Para acompanhar este debate, principalmente sob a ótica da segunda perspectiva, é essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. Segundo Paim (2003), o modelo de atenção ou modelo assistencial, é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, uma espécie de lógica para orientar ações.

Historicamente essa proposta teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS - que foi proposto 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 (VASCONCELOS, 1999).

O surgimento da ESF 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 básica à saúde (ABS), em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (VASCONCELOS, 1999). Além desse nível de atendimento, suas atividades incluem programação, grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, entre outras (BRASIL, 1994).

No documento de 1996, a ESF já é definida como uma estratégia de reforma do modelo de assistência do SUS, frente ao modelo tradicional que representava um descompasso entre os princípios e objetivos do SUS e a realidade concreta de implantação do sistema de saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

Viana e Dal Poz (1998), mostram outra definição de ESF como sendo um modelo de atenção que reconhece a 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 humanizado.

A ESF é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil. Junto ao PACS, com o qual se identifica cada vez mais, permite a inversão da lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais. Ao contrário, promove a saúde da população por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes.

É evidente o papel da ESF, no início implícito e depois explícito, de instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde. Pode-se afirmar que o programa

foi, primeiro, uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, à medida que impôs uma série de pré-requisitos para assinatura de convênios; segundo, funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização, através da exigência de enquadramento na NOB-93, com vistas ao recebimento dos recursos; terceiro, teve um papel fundamental na mudança dos critérios de pagamento dos sistemas, resultando na institucionalização, através da NOB-96 (VIANA e DAL POZ, 1998).

De acordo com Santos e Belini (2005), foi de grande importância a NOB-01/96, por ter apresentado a reorganização do modelo assistencial, ao passar para os municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica.

Pode-se afirmar que a ESF foi formulada em um período de "vazio" programático, nos três níveis de governo. Nenhuma das instâncias propunha nada de novo e efetivo para o sistema, e cada vez mais, a política seguia numa inércia, repetindo modelos de atendimento antigos e se expandindo em cima de concepções superadas para a área da saúde, sem interlocução, inclusive, com os demais setores da área social. Por outro lado, o Ministério da Saúde, tinha consciência de que o SUS avançara pouco no que concerne às estratégias de organização da assistência, como foi dito acima, a proposta de distrito por si só, não responde às inquietações dos gestores municipais (BRASIL, 1990).

A descentralização municipal da saúde, uma das diretrizes básicas para a implantação do SUS no país, tem se constituído em estratégia definidora de uma nova agenda para o setor. Ao longo dos anos 90, este processo consolidou a reestruturação da arena decisória em torno da saúde, com transferência de responsabilidades e recursos (ALVES, 2005). Nesse contexto, a descentralização da política de saúde propiciada pelo SUS é favorecedora da implantação do PSF.

O referido programa foi incorporado ainda, ao projeto REFORSUS, do Banco Mundial, sendo privilegiadas as unidades básicas de saúde da ESF, para os investimentos financiados por este projeto. Todos os incentivos criados devem ocasionar maior expansão do programa e redefinição do modelo assistencial do SUS (VIANA e DAL POZ, 1998).

A ESF, como estratégia de concretização do novo modelo de assistência que o SUS se propôs a ser, deve representar uma prática que garanta o vínculo entre o serviço e a população, e deve gerar nos profissionais a compreensão do trabalho em equipe, para que assumam os seus compromissos voltados à saúde e à qualidade de vida.

Neste novo modelo, as ações de saúde, embora incorporem a assistência médica, não podem mais estar centradas apenas na medicina. Todo um leque de questões envolvendo o meio ambiente, a vigilância sanitária e epidemiológica e uma perspectiva holística do ser

humano e da saúde, deve estar acoplado na concepção de sistema de saúde. (QUEIROZ, 1986).

A ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidades assistenciais. Assume o compromisso de prestar assistência, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e intervindo de forma apropriada.

As equipes devem facilitar a participação da comunidade em todas as fases da organização do seu trabalho, desde o diagnóstico da comunidade, da definição de prioridades, até o processo de operacionalização das ações e da avaliação. Esses elementos favorecem o estabelecimento de vínculos, que são fundamentais para a estruturação de um serviço baseado nos objetivos da ESF.

3.2 A Atenção Primária à Saúde e os usuários na ESF

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 (SCHRAIBER, 1998).

Mendes (1996), afirma que as unidades de serviços primários, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante das pessoas precisaria de atendimento em ambulatórios de especialização, e apenas um pequeno número, de atendimento hospitalar.

Viana e Dal Poz (1998), consideram que a ESF representa a primeira tentativa significativa de reformulação, em escala nacional, do modelo de APS. Vasconcelos (1998), considera que a ESF é um alargamento da APS, rumo a incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente de seus grupos mais vulneráveis.

O modelo de APS na ESF, pressupõe quatro embasamentos fundamentais: globalidade, continuidade, longitudinalidade (maior conhecimento da população da área de abrangência) e o vínculo. Deve estar centrada na comunidade e na busca de métodos participativos, que levem a população ao processo de problematização, e busca de soluções para seus problemas (BRASIL, 1997).

É, portanto, importante que a ESF contribua para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a APS de boa qualidade, apontando para um novo paradigma de atenção à saúde (RODRIGUEZ, 1998).

Para que a ESF, seja realmente uma estratégia familiar, o Ministério da Saúde especifica que o programa deva ser responsável por: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde e doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade Saúde da Família -USF-, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, são ações para as quais as equipes devem estar preparadas (BRASIL, 2000).

Para Starfield (2002), orientar os serviços de saúde no contexto familiar, permite um conhecimento maior do grupo de pessoas; oferece um espaço para a avaliação dos problemas dos usuários; é importante para a tomada de decisão a respeito de uma intervenção adequada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de executar diferentes tratamentos e manejar estratégias.

Mas como adverte Campos (1989), a ESF deve se qualificar bem para ser a porta de entrada do Sistema de Saúde, e como parte de uma rede básica, não deve mais ser pensado como uma simples porta de entrada do sistema de saúde, como uma porta hegemônica do modelo biomédico. A USF tem o papel muito importante de articular o acesso dos usuários aos outros pontos do sistema, devendo, por outro lado, organizar-se para dar acolhida a todas as pessoas, mesmo as que tenham entrado de outras portas do sistema, e necessitam de atendimento regular e qualificado.

O sistema de referência e contra-referência assume, nesse sentido, papel fundamental para que esse sistema funcione efetivamente. Referenciar um paciente implica em transferi-lo a um estabelecimento especializado a partir do Centro de Saúde. Porém, a comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através da contra-referência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema. Devem existir normas claras para o "estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades", evitando dessa forma, os furos nos serviços e no acompanhamento dos pacientes. Não deve haver hierarquia entre os diferentes nós da rede, e sim uma organização horizontal dos serviços, pois todos são igualmente importantes para os objetivos propostos (BRASIL, 2006).

O que se observa no cotidiano das unidades de saúde é que, rotineiramente, a referência e contra-referência não ocorre de forma sistemática, ficando o usuário solto no sistema, sem possibilidades de acompanhamento do seu estado de saúde de maneira integral.

Conforme observa Ayres (1996), o reconhecimento da centralidade da assistência nos usuários, está na própria concepção da ESF. De fato, os objetivos do programa, entre outros, incluem: humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997). Então nota-se, a partir desses objetivos, a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas USFs, bem como na resolutividade dos problemas de saúde, identificados na comunidade.

Segundo Mendes (2002), os serviços de saúde devem ser organizados para o atendimento das necessidades agudas e crônicas, que se manifestam durante o ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, e manutenção do suporte individual e familiar para o autocuidado.

Ao nível da atenção preventiva, a ESF prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos. Estas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes, conforme definição de suas atribuições básicas. Verifica-se, desta maneira, que a prática educativa na ESF não conta necessariamente com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento, mas ela visa também, ser realizado no espaço familiar do usuário, e aumentando as possibilidades de promover saúde. (BRASIL, 1997).

Ozório 2000, afirma que na ESF, as atividades educativas são realizadas sob a forma de grupos operativos. A dinâmica dessa atividade consiste em trabalhar coletivamente, de forma a enraizar o conhecimento. O grupo operativo pressupõe a reunião de pessoas com o mesmo agravo, para que juntas troquem experiências, e munidas de informações repassadas pelo coordenador do grupo, possam ter capacidade de transformar tal informação em real conhecimento.

As práticas educativas em atenção básica à saúde abordam diversas tecnologias educativas. A busca por um atendimento preventivo, como meio ideal para se promover a saúde de um indivíduo, está intimamente relacionada com ações em grupos operativos.

Briceño-Léon (1996), apresenta dois princípios básicos na orientação das ações de saúde. Primeiramente, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações

de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. O segundo princípio, parte da premissa, de que é preciso envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição. O autor pondera que apenas com a participação comunitária será possível assegurar sustentabilidade e efetividade das ações de saúde. A efetivação das ações de saúde está intimamente ligada com a participação dos usuários, visto que no PSF, para que haja sucesso das ações coletivas e preventivas, é preciso ocorrer o envolvimento e conscientização dos usuários.

Observa-se uma grande escassez de estudos destinados a avaliar os conceitos e atitudes dos diferentes atores sociais no que diz respeito à participação da população na gestão dos serviços de saúde em nível local (ALVES 2005).

Estudos recentes sobre a ESF aponta a ausência do usuário como protagonista de seu próprio viver e da produção de seu cuidado com o trabalhador e a equipe, visto que ainda coloca a população fora do âmbito das decisões sobre o que lhe diz respeito (MATUMOTO, 2003).

Reorganizar o modelo assistencial vigente no país não é tarefa fácil. Ainda mais quando se trata de mudar o comportamento dos usuários perante os recursos de saúde, bem como o do próprio segmento produtor de serviços nessa área. Para substituir as práticas tradicionais de assistência, o compromisso e a responsabilidade devem ser de todos: desde os governos federal, estadual e municipal, seus respectivos gestores, as equipes multiprofissionais, até a sociedade civil, através de comunidades organizadas em prol de cada família, de cada cidadão (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

O modelo tradicional, historicamente hegemônico, focalizando a doença e a intervenção curativa, fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença, preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Para a reorganização da APS, a que se propõe a ESF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida. Cordeiro (1996), avalia que o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios do PSF não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que a ESF corresponderia a uma medicina simplificada destinada para os pobres; antes disso, tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de

saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais.

Nesta perspectiva, a ESF precisa incorporar a alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL,1997).

Na prática, o próprio SUS investe maiores recursos financeiros e tecnológicos, nos segundos e terceiros níveis de assistência, contradizendo o que afirmam seus próprios documentos. Assim a responsabilidade dada pelo Ministério da Saúde, em ter a APS como o carro chefe do novo modelo de atenção, é dificultada pelo próprio ministério (MISOCZKY, 1994).

O Ministério da Saúde aponta como equívoco a identificação da ESF como um sistema de saúde “pobre para os pobres”, com utilização de baixa tecnologia. O programa, segundo consta, deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997).

Misoczky (1994), no entanto, justifica a redução de custos por um modelo de atenção que é voltado para populações que não podem contribuir financeiramente, um modelo pelo qual, as ações de saúde, para serem mantidas pelo estado, necessitariam de menos investimento em equipamentos e em profissionais. Menciona ainda o seu barateamento pela participação da comunidade.

Pensar na ESF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas na ESF (ALVES, 2005).

De acordo com a classificação de Bertoni (2000), mostrou-se que as tecnologias "leves" (vínculo, acolhimento) e "leve-duras" (saberes estruturados do processo de trabalho) não são pré-determinadas e acabam variam entre as equipes. Logo o uso das tecnologias leves e leve-duras, apresentam-se muito mais teorizados, do que operacionalizados no cotidiano das equipes saúde da família.

Viana e Dal Poz (1998) acreditam que a ESF tenha papel fundamental na reestruturação do sistema público de saúde, primeiramente, porque evidencia as fragilidades e limitações do modelo tradicional. Segundo eles, o programa foi uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, à medida que impôs uma série de pré-requisitos

para a assinatura dos convênios; funcionou também como mecanismo de pressão no processo de descentralização, através da exigência de enquadramento na NOB - 93, com vistas ao recebimento dos recursos; atuou ainda sobre a mudança dos critérios de pagamento do sistema, resultando na institucionalização, através da NOB - 96.

De acordo com os autores acima, o papel do programa no avanço das formas organizativas da população é evidente, incentiva mais organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando, portanto, as possibilidades de participação e controle desta sobre as ações públicas.

E conforme Rosa e Labate (2005, p. 1033):

Seja como for, acredita-se que a ESF tem potencialidades como estratégia para mudança do modelo assistencial, mas verifica-se a necessidade de flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como conscientizar não somente os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada, mas, também, conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria ESF/Família/Comunidade.

Entretanto, enquanto a atual política de saúde do Brasil tenta mudar o modelo de atenção centrado no médico e no hospital para um modelo de assistência integral, tramita no Congresso proposta de definição do "ato médico" por meio do projeto de Lei 25/2002 que tem como objetivo definir o conceito e a extensão desse ato, subordinando outras áreas da saúde (Enfermagem, Psicologia, Odontologia etc.) ao campo de atuação da Medicina. (ROSA; LABATE, 2005).

3.3 Desafios do Modelo Assistencial e contribuições da Estratégia Saúde da Família.

A ESF tem sido apresentada como uma possibilidade de ressuscitar uma proposta de organização da atenção à saúde supostamente superada pela história e pelas formulações da Reforma Sanitária no Brasil (MISOCZKY, 1994),

Mas autores como Menezes (2001), consideram que a ESF foi identificada, por gestores, técnicos e conselheiros, como um dos responsáveis por inovações e pelo resultado favorável encontrado entre a descentralização e melhorias no acesso e na integralidade, dos três níveis de atenção à saúde, no sistema municipal. Também houve diminuição das internações hospitalares, devido à maior resolutividade da rede básica.

Na ESF, contando com o fácil retorno do usuário, o médico não precisa limitar-se ao tratamento sintomático e pode usar o tempo para perseguir o diagnóstico de certeza e a prescrição mais adequada ao seu paciente, agora efetivamente compreendido nas dimensões biológica, psíquica e social. Pela primeira vez, nas últimas décadas, o médico tem acesso às reais condições de vida daqueles que atende, tanto indiretamente (pelos relatos dos agentes comunitários de saúde) como através de uma visita domiciliar. A integralidade dos cuidados da promoção de saúde à reabilitação, deixa de ser um mero *slogan*, passa a ser operacional (CAPISTRANO, 2000).

As estratégias de visita domiciliar e de busca ativa, aliada ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência, vêm de encontro à necessidade apontada por Vasconcelos (1999), de apoio intensivo a famílias vivendo em situações de crise que colocam em risco a vida de seus membros.

Para este autor, os recentes estudos sobre a família brasileira têm ressaltado a existência de algumas famílias nas classes populares, que vivem situações especiais de risco (pais doentes, desempregados, com conflitos conjugais intensos, dependência de drogas, distúrbios mentais, etc.), que as tornam incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e por isso necessitam de atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania das crianças, idosos e deficientes físicos ali presentes. Iniciativas nesta direção têm sido promovidas em alguns municípios brasileiros, embora avalie que tais iniciativas têm o mérito de potencializar a adoção de políticas mais equânimes.

Assim, essa modalidade de intervenção se faz necessária pela constatação mais do que difundida, de que famílias em situação mais precária tendem a ficar à margem dos serviços. Esses, por sua vez, orientam seu atendimento pela demanda espontânea. O acompanhamento

de família que a ESF se propõe a realizar, pode permitir o acesso daqueles setores populacionais excluídos do sistema de saúde, bem como os mais vulneráveis (VASCONCELOS, 1999).

Segundo Barbosa (2001), no novo modelo assistencial, a participação popular, a horizontabilidade entre o profissional de saúde-comunidade, o respeito à pessoa, o indivíduo e família constituem a base para conscientização do modelo holístico, valorizativo, compreendendo a doença numa dimensão do psico-sócio-espiritual, ou seja, não se preocupa em tratar somente a doença, mas intervém na cadeia epidemiológica, buscando meios que previnam o indivíduo, família e comunidade de adoecer.

Ainda conforme Barbosa (2001), este mesmo modelo assistencial, humaniza as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário, através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-o ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

Nesse sentido, conforme apontam Reis e Hortale (2004), a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, discutiu a superação do modelo médico assistencial privatista, e apresentou os pilares da construção de um novo modelo que privilegiasse a promoção da saúde, a redução de riscos e agravos, a redução das desigualdades e o resgate das dimensões éticas e culturais, essenciais ao cuidado à saúde das pessoas.

Entretanto, é preciso reconhecer os avanços do setor saúde do Brasil, conforme destaca Pereira (2005), mas também se deve reconhecer que há um grande desafio a enfrentar, ou seja, mudar o modelo de atenção à saúde, que atualmente se caracteriza pelo predomínio da concepção do processo saúde-doença, unicamente como fenômeno individual, centrado no corpo do paciente, fundamentado na visão biomédica, reforçando o valor da doença e não do doente, como objeto de trabalho dos serviços de saúde.

Não temos tido clareza suficiente sobre qual é o verdadeiro papel das equipes de saúde da família, por mais que se discuta o assunto, temos oscilado entre uma visão idealizada de centro de saúde, como um local quase exclusivamente, de promoção da saúde e prevenção de doenças, com suas práticas orientadas pelo saber que nos vem da epidemiologia, e dedicado a fazer vigilância à saúde, até uma visão mais realista de que as ESFs devem se comprometer, com as necessidades de pronto atendimento das pessoas, organizada de forma a não deixar ninguém sem atender (CECÍLIO, 1997).

Ainda conforme Cecílio (1997), isso ocorre devido o fato do PSF estar passando por um período de transição de modelos assistenciais, já que ainda é inviável afirmar a predominância de um dos modelos, pois enquanto o modelo hegemônico predomina na

maioria das ações práticas, o novo modelo predomina na ideologia do programa, e está ocasionando mudanças nos profissionais de saúde e nos usuários, nesses onze anos de PSF no Brasil, gerando assim uma falta de definição sobre o papel das USF.

Segundo Franco (2000), a expansão do número de ESF implementadas até então não garante a construção de um novo modelo assistencial. Esse crescimento da ESF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, 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, fazem-se necessárias análises qualitativas da ESF em desenvolvimento nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos.

Embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais com a organização e a forma de trabalho da equipe, nada garante nas ESF que haverá ruptura na dinâmica medico-centrada do modelo hegemônico atual. Isto porque não há dispositivos potentes pra isso, pois a ESF posto em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência (SALUM 2000).

Ainda conforme Merhy (2000), o organograma da ESF centra-se no trabalho de um único profissional de saúde, porque a consulta médica é o grande atrativo para a população, assim os usuários estão refletindo para o SUS, a cultura assistencial que eles receberam ao longo de décadas de modelo biomédico.

Antunes e Egry (2001), afirmam que os profissionais de saúde e entre eles os de enfermagem, ao se inserirem na ESF, enfrentam dificuldades para organizar o processo de trabalho voltado para a Saúde Coletiva. Dentre essas dificuldades são relevantes: o desconhecimento de como propor e produzir serviços de saúde de abrangência coletiva, já que nos cursos de formação em saúde, predominam o cuidar de enfermidades centrado somente em indivíduos; a falta de clareza das finalidades e objetivos da assistência integral à saúde; a ausência de instrumentos gerenciais que permitam realizar intervenções específicas de enfermagem de acordo com as reais necessidades e problemas de saúde, independente das programações tradicionais; a ausência de metodologias avaliativas que permitam analisar a qualidade e resolutividade referenciada na integralidade da assistência e na qualidade de vida dos cidadãos e da coletividade.

Comentando sobre a ESF, Salum (2000), ressalta que, mesmo que do ponto de vista da clínica, a ESF colha produtos bastante avançados, reduzindo quadros mórbidos primários, expandindo as ações sobre as doenças transmissíveis, etc. Mas, do ponto de vista da complementaridade com o modelo epidemiológico, entendido na sua plenitude, ela ainda é limitada. É preciso haver aplicação de ações coletivas e epidemiológicas, de acordo com o levantamento do perfil da população local, oferecido pelo diagnóstico da área de abrangência, e das informações que são transferidos para o banco de dados informatizado do SUS (SALUM, 2000).

Muitos dos programas de saúde têm sido desenhados e executados para a população, quando o mais adequado para garantir a participação seria que fossem elaborados e aplicados com a população, quer dizer, entre os trabalhadores dos setores públicos em nível hierarquizado e a população. Este há de ser um processo de diálogo e negociação, cuja situação deve ir mudando com propostas de programas desenhados pela população e executados com o Estado (CORTES, 2002).

Os municípios brasileiros têm sua tradição política assentada sobre o clientelismo e o paternalismo, podendo, dessa maneira, contribuir para que a ESF se configure muito mais em um mecanismo de barganha política envolvendo prefeitos, vereadores e a população do que um instrumento de promoção da equidade. De fato, análises sobre o processo recente de descentralização das políticas sociais no Brasil, têm ressaltado características dos níveis locais as mais diversas, que vão desde a capacidade econômica, grau de desenvolvimento e perfil de distribuição de renda até competência técnica, capacidade de governança e capital cívico, entre outros fatores. Somente estudos empíricos que se debruçam sobre o nível local podem efetivamente contribuir para o conhecimento dos critérios, e interesses envolvidos na implementação do programa e do tipo de focalização que está sendo realizado pelo mesmo (SANTANA e CAMARGNANI, 2001).

Os princípios da ESF ficam prejudicados pelas trocas de gestores e conseqüentemente das equipes, o que pode levar a um retrocesso das ações preventivas, e os usuários vinculam o programa à estratégia eleitoreira e ao modelo hegemônico. Por outro lado, os candidatos destacam principalmente o fácil acesso da população ao médico e medicamentos (CECÍLIO, 1997).

Ainda segundo Cecílio (1997), o usuário valoriza muito a distribuição de medicamentos, principalmente a população adscrita pelas USF onde a maioria do povo possui dificuldades para comprá-los.

Nas visitas às famílias, a atenção é 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 da ESF, por outro, simplifica e empobrece o seu alcance por não considerar as manifestações locais dos problemas de saúde e não trabalhar com elas (REIS e HORTALE, 2004).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou analisar o desenvolvimento das políticas de saúde e o surgimento da ESF como proposta de reorientação do modelo assistencial proporcionando a constatação de que são necessárias mudanças significativas no modelo de assistência à saúde no Brasil.

Identifica-se que para que ocorra a transformação no modelo assistencial é necessário que ocorra trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família como foco de atenção básica ultrapassando o cuidado individualizado, centrado na doença, característico do modelo biomédico.

A ESF surge como proposta para avançar na proposta de um modelo assistencial e também para viabilizar e reorganizar a atenção primária à saúde, na medida em que introduz o conceito de interdisciplinaridade para sistematizar suas práticas, por meio de diferentes categorias no campo de saúde, garantindo maior eficiência em caráter de prevenção e promoção da saúde da comunidade.

Entretanto, através deste estudo, percebe-se que a ESF parece ainda não ter conseguido incorporar o novo paradigma da promoção da saúde da família, que deveria ser o fundamento mais forte e continua concentrando a sua atenção na resolução dos casos que ocorrem, não conseguindo atingir sua proposta de superação do modelo médico-centrado. Diante disso, os segmentos mais desfavoráveis da nossa sociedade permanecem às margens deste modelo assistencial, norteados na doença e em ações curativas individuais.

Considerando o processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde pautado na universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade, participação social, responsabilização, humanização e vínculo, as ações das unidades de APS deverão estar centradas na Vigilância em Saúde, influenciando nos diferentes momentos do processo saúde-doença buscando a promoção da saúde, prevenção de agravos e atenção curativa e reabilitadora com finalidade de adequar o serviço às ações Integradas com os outros níveis de atenção assegurando continuidade e qualidade da atenção prestada (STARFIELD, 1992).

Starfield (1992), entendendo o papel central da APS na organização do sistema de saúde, afirma que os serviços de APS têm como competências: Conhecer a realidade do território adstrito, no que se refere a aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, identificando os problemas de saúde mais comuns, os riscos de exposição, assim como elaborar o plano de saúde local baseado no território; realizar o diagnóstico de saúde da população, programar atividades e reestruturar o processo de trabalho com

participação da comunidade; promover a vigilância em saúde, atuando no controle de doenças transmissíveis em geral, doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas com o trabalho e o meio, prestar assistência integral buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados na população, respondendo de forma contínua e organizar os serviços e desenvolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar, valorizando o vínculo com o usuário; enfocando aspectos da melhoria de saúde e qualidade de vida; promover ações intersetoriais e com organizações comunitárias formais e informais para atuarem conjuntamente na solução de problemas relacionados à saúde da população.

Portanto pode-se concluir que torna necessária uma proposta de organização do processo de trabalho que inclua uma maior qualificação dos profissionais que atuam na ESF, no sentido de capacitá-los para desenvolverem estratégias de educação em saúde junto à população para a sua conscientização quanto ao novo modelo assistencial, proposto pelo SUS e com premissas de concretização através da organização da atenção básica com a Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que ainda há uma resistência muito grande por parte da população em aderir às ações propostas por esse novo modelo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P de. **Políticas de saúde no Brasil na década de 80** - Resumo histórico, Ribeirão Preto- USP, 1990.

ANTUNES, M. J. M; EGRY, E. Y. O Programa de saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da Enfermagem brasileira, Brasília. Rev. Bras. Enferm, v. 54, n. 1, jan./mar, p. 98-107, 2001.

AROUCA, S. A reforma sanitária brasileira. Tema, **Radis**, n.11, p.2-4, 1998.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet, v.6, n.1, p.63-72, 1996.

BRASIL. Congresso. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. 1990.

BRASIL, Ministério da saúde. Programa de Saúde da família, COSAC, 1994.

BRASIL, M.S. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, Brasília, 1997.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). SUS avanços e desafios. Brasília Conass, 2006 - cap.4 (disponível em <http://www.conass.org.br>)

BERNARDES, E. H., PINTO, I. C. As propostas da Alma-Ata e suas repercussões na enfermagem brasileira: revisão histórica. in: SIMPÓSIO INTERNACIONAL, 2003 Ribeirão Preto: Livro de resumos... Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 2003, p. 100.

BERNARDO W.M. Nobre MRC, Jatene FB. **A prática clínica baseada em evidências**. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. Rev Assoc Med Bras. 2004; 50(1):1-9.

BERTONCINI, J. H. Da Intenção ao Gesto: análise da Implementação do Programa de Saúde da Família em Blumenau. 2000. Dissertação (Mestrado em saúde pública)- Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Caderno de Saúde Pública, v.12, .1,jan/mar, 2001 p.7-30. 1996.

CAMPOS, G. W. de S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. DE S. Et alli. Planejamento sem normas, São Paulo: Hucitec, p. 53-60. 1989.

CAPISTRANO, D. Programa de Saúde da Família: Vantagens para médicos e pacientes. [online]. Disponível em: <<http://www.cremesp.com.br/anteriores/pag3.html>>. Acesso em: 26 Set. 2010.

CARVALHO, A. I de. Conselho de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p.33-53.

CECILIO, L. C. O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. p. 3-11. 1997.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias, Porto Alegre, n. 7, jan./jun. p. 01-16. 2002.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.26-42.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação:** um ensaio cartográfico do acolhimento.2003. Tese (doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MENDES, I. J.M. et al. Perspectiva de ampliação das funções da Unidade básica de saúde; relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.119-129, 1996.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: escola de saúde pública do ceará, 2002. 92p.

MENEZES, A. C. **A percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias:** um espelho de dois lados. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental). Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2001.

MISOCZKY, M. C. Saúde em debate. **A medicina da família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS.** n. 42, mar,1994. p. 40-44.

OSÓRIO L. C., **Grupos-teorias e práticas- acessando a era da grupalidade-** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia:** a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde.** 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86.

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de saúde pública**, p. 309-317. 1986.

REIS, C. L.; HORTALE, V. A. Programa de saúde da família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar./abr. p.01-13. 2004.

RODRIGUEZ, C. R. F. **Participação e Atenção Primária em Saúde: o Programa de Saúde da Família em Camaragibe-PE (1994-1997)**, 1998. Dissertação (mestrado em saúde pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ROSA, W. de 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, p. 01-10, nov./dez. 2005.

SALUM, M. J. L. S. **A responsabilidade da Universidade Pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o programa de saúde da família.** [online].Disponível em : <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>>. Acesso em: 03 set. 2010.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 10, n.1, p.19-20, jan-jul. 2001.

SANTOS, F. S., BELINI. H. **Caracterização da área física das unidades de saúde da família do município de Passos- MG.** 2005. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso-faculdade de Enfermagem de Passos, Fundação de Ensino Superior de Passos, Passos, 2005.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde.** São Paulo: Hucitec, 2001. p.115-36.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e Tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

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

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec; 1999.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro: Physis, 1998. v.8, n. 2, p. 11-48.