

---

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM ENFOQUE SOBRE SEUS PRESSUPOSTOS BÁSICOS, OPERACIONALIZAÇÃO E VANTAGENS**

*Milena Lopes Santana\**  
*Maria Isabel Carmagnani\*\**

**RESUMO:** De sua concepção até o momento atual, são muitas as análises a respeito do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. Embora ainda em número reduzido, integrantes das unidades de saúde da família, secretários municipais de saúde, prefeitos, elementos do Ministério da Saúde, bem como docentes de universidades e pesquisadores renomados da saúde pública e outras áreas afins, têm se disposto a discutir e a refletir sobre tal estratégia. Dessa forma, tornou-se pertinente fazer uma revisão da literatura sobre o PSF, a qual foi abordada em temas: retrospectiva histórica do período que antecedeu o PSF; seus pressupostos básicos; estratégias de operacionalização: a família como foco de assistência, o princípio da vigilância à saúde, a atuação da equipe multidisciplinar; os diferentes modelos de implantação no Brasil; aspectos facilitadores ou não dessa implantação, bem como as vantagens e desvantagens do PSF no sistema de saúde brasileiro.

**PALAVRAS-CHAVES:** programa saúde da família; modelo assistencial, atenção básica à saúde.

---

\* Enfermeira graduada pela Universidade de São Paulo - USP, Especialista em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

\*\* Enfermeira, Professora Adjunto da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana.

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde (MS): reorganizar o modelo assistencial brasileiro. Sobre este, NEGRI (2000) comenta que *“durante décadas, no Brasil, não se deu a necessária prioridade à assistência básica de saúde da população”*. Pontua que *“o resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante de hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento das doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso”*.

Implementando a citação acima, FRANCO; MERHY, (2000) referem que o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como *“produtor de procedimentos”*, visto que os serviços se dão a partir da clínica exercida pelo médico, o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras.

Publicado em 1994, o documento BRASIL (1994) revela que a implantação do 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 precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade”*. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

RODRIGUES (1998), relendo a publicação do MS mencionada, entende que o PSF possa contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor, apontando para um novo paradigma de atenção à saúde.

MISOCZKY (1994), no entanto, escreve um artigo em que codifica o PSF 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.

De sua concepção até o momento atual, são muitas as análises a respeito do PSF no Brasil. Embora ainda em número reduzido, integrantes das Unidades de Saúde da Família (USFs), secretários municipais de saúde, prefeitos, elementos do MS, bem como docentes de Universidades e pesquisadores renomados da Saúde Pública e outras áreas afins, têm se disposto a discutir e refletir sobre o PSF.

Tais avaliações, que muito me intrigaram, bem como minha condição de enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de São Paulo, motivaram-me a elaborar tal estudo. “*A realidade concreta da ação é o fundamento para a crítica e a transformação*” refere a também enfermeira Maria Josefina Leuba SALUM (2000).

Dessa forma, tornou-se pertinente fazer uma revisão da literatura sobre o Programa Saúde da Família, enfatizando seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens, o que vem a ser nosso objetivo.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o Programa Saúde da Família no Brasil - PSF.

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das seguintes fontes: banco de dados “LILACS”, sites de busca disponíveis na Internet ([www.dedalus.usp.br](http://www.dedalus.usp.br); [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br); [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.altavista.com](http://www.altavista.com)) e através dos resumos publicados no Livro Resumos da 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família. Abrangeu ainda documentos específicos do PSF publicados pelo Ministério da Saúde, bem como artigos científicos de pesquisadores renomados na área de Saúde Pública.

O assunto foi abordado em sub-temas para facilitar seu entendimento e atender o objetivo proposto:

1. Retrospectiva histórica do período que antecedeu o PSF;
2. Pressupostos básicos do PSF;
3. Estratégias para a operacionalização do PSF: a família como foco de assistência, o princípio da vigilância à saúde, a atuação da equipe multiprofissional;

4. Os diferentes modelos de implantação do PSF no Brasil;
5. Aspectos facilitadores e dificultadores da implantação do PSF;
6. Vantagens e desvantagens do PSF no sistema de saúde brasileiro.

## **DISCUSSÃO SEGUNDO A LITERATURA**

### **Retrospectiva Histórica do Período que Antecedeu o PSF**

Desde o final dos anos 40 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica - saúde pública reforçava um modelo assistencial que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira. Nesse período, propunha-se um padrão tecnológico mais racional, de menor custo, integrado em seus vários campos de atuação e sem a influência das leis de mercado, subordinando a assistência médica à lógica da saúde pública (MERHY; QUEIROZ, 1993).

A derrota destas propostas, em 1964, estimulou uma reforma sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde à maioria da população (MERHY; QUEIROZ, 1993).

A partir dos anos 70, duas posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora. A posição conservadora defendia uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica baseada no produtor privado. Neste modelo, a intervenção estatal só se justificaria para cuidar ou dos que ficavam fora do sistema, por não terem “capacidade social” de se integrarem ao mercado, ou das questões que não interessavam nem ao produtor privado nem ao seu modelo tecno-assistencial. Já a posição reformadora preconizava a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, ou seja, que atendesse a população coberta ou não pela previdência social. A Reforma Sanitária significou uma derrota definitiva da proposta conservadora (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), na década de 80, e com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu um

deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, por parte do primeiro, permitindo uma efetiva descentralização administrativa (MERHY; QUEIROZ, 1993). Com a implementação do segundo, através da Constituição Federal de 1988, foram definidos o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA; DAL POZ, 1998).

Paralelamente, o país atravessava um período de incerteza em sua política econômica: desajustes em suas finanças públicas, gasto público na área de saúde decrescente, declínio do crescimento populacional e taxas crescentes para o grupo de terceira idade, que exige ações sabidamente de maiores custos (VIANA; DAL POZ, 1998). É alta a prevalência de mortalidade por doenças infecciosas e o predomínio das doenças crônico-degenerativas, aumentando a morbidade (PATARRA, 1995 apud VIANA; DAL POZ, 1998).

Tais mudanças alteraram significativamente a demanda por serviços de saúde, e exigiram – e exigem - a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções. Esse contexto, formado por múltiplos problemas, de diferentes ordens, incidiu de forma bastante aguda na demanda e na oferta de saúde, e passou a ser denominado, nos anos 90, de crise da saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

### **Os pressupostos básicos do PSF**

A história do PSF tem início quando o MS formula o PACS, em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo (VIANA; DAL POZ, 1998).

Por volta de 1993, o MS (gestão Henrique Santillo) iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da Portaria n.º 692. A referida portaria veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual se observa: “*o Programa Saúde da Família - PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde*” (VASCONCELLOS, 1998).

Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos ACS (BRASIL, 2000-b). Tal processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Cabe assinalar que o êxito do PACS impulsionou a formação do PSF, levando ao primeiro documento do programa, com a data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994) (VIANA; DAL POZ, 1998).

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 – todos poderiam utilizar o sistema -, gratuito e organizado; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

O MS em BRASIL (2000-a) ressalta que o PSF incorpora e reafirma os princípios acima, e estrutura a Unidade de Saúde da Família (USF) da seguinte forma:

Caráter substitutivo: o PSF não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.

Integralidade e hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Territorialização e cadastramento da clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais –

a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos- poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

### **As Estratégias para a Operacionalização do PSF**

Segundo o MS (BRASIL, 1997), a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia.

É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que “prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo 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 de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (BRASIL, 2000-c).

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/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na 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-c).

#### *a) Atenção centrada na Família*

Quanto à escolha da família como espaço estratégico de atuação, FRANCO, psicólogo sanitário, e MERHY, Professor Doutor e médico sanitário, afirmam ser positivo

apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde para um “*indivíduo em relação*” em oposição ao “*indivíduo biológico*”. De acordo com eles, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica deste núcleo, através da presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora ao trabalho em saúde. Colocam, porém, que nem sempre este núcleo está presente ou é o espaço da relação predominante, e até mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco (FRANCO; MERHY, 2000).

Em “*Reflexões sobre a saúde da família*”, VASCONCELLOS (1998) pontua que a família de que se fala deve ser compreendida historicamente, na especificidade de cada época e dependendo dos grupos sociais aos quais pertencem. Há famílias com laços afetivos e estabilidade econômica definidos, famílias sem recursos assistenciais ou direitos sociais, famílias nucleares ou famílias por conveniência ou sobrevivência. Reflete que em sociedades tão desiguais como a que vivemos devemos, primeiramente, esforçarmo-nos para incorporar, nas análises e propostas de trabalho, como essas relações vêm se transformando e ganhando novas significações.

Essa perspectiva faz com que, a família passe a ser o objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Segundo o MS, “*mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constróem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhora das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompam os muros das unidades de saúde e se enraízem para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam*” (BRASIL, 1997).

SALUM (2000), Professora Doutora da Universidade de São Paulo - USP, afirma, no entanto, que o PSF se dirige a famílias que representam risco social. Refere que o projeto não se destina exatamente a “recuperar o corpo familiar para o trabalho”, mas a controlar as unidades celulares da sociedade de grupos que podem ameaçá-la pela doença e pela revolta.

TRAD, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, e BASTOS, do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, também da mesma Escola, comentam que os programas envolvendo família dirigem-se, em geral, para seus membros individuais, mesmo quando se reconhece uma especificidade de objetivos para diferentes membros ou as diferenças quanto a direitos e obrigações entre os familiares.



Citam diversos autores que identificaram problemas para a formulação de políticas públicas centradas na família. O primeiro deles, formulado por SARACENO (1990) apud TRAD; BASTOS (1998), questiona a possibilidade de *“falar da família como um sujeito implicado em sua própria intencionalidade, em seus próprios interesses, racionalidade e necessidades, distintos daqueles de seus membros individuais”*. O segundo problema, enfatizado por diversos autores (HAREVEN, 1986; SARACENO, 1990; MONTERO, 1991 apud TRAD; BASTOS, 1998), diz respeito a uma visão excludente implícita numa definição restrita e universal de família, que repercute no plano das políticas públicas. Assim, excluem-se ou incluem-se pessoas, privilegiam-se alguns e outros são abandonados. Instaura-se um processo ideologizador que, nas palavras de MONTERO (1991) apud TRAD; BASTOS (1998), introduz *“um mecanismo de fragmentação, de atomização da realidade, que de maneira alienada produza normas, regulamentos e leis que regem a conduta dos indivíduos na família”*, circunscrevendo o âmbito familiar no nível do privado, como se aí não se produzissem relações cujas conseqüências afetam o coletivo. HAREVEN, (1986) apud TRAD; BASTOS (1998) já dizia que *“a família é um agente ativo de mudança social”*.

#### *b) Vigilância à Saúde*

De acordo com o documento publicado pelo MS em 1997, o PSF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. O MS acrescenta ainda que a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. Através das visitas aos domicílios serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência (BRASIL, 1997).

MISOCZKY (1994), médica sanitária, Mestre em planejamento e professora do Departamento de Medicina Social da UFRGS, aponta que, nas formulações que envolvem a concretização dos Distritos Sanitários e os preceitos do planejamento estratégico, utiliza-se o enfoque por problemas (e não mais por programas) como elemento articulador dos modos de intervenção. MENDES (1992) apud MISOCZKY (1994) ressalta que *“o enfoque*

*por problemas parte do reconhecimento de um território para, sem posições apriorísticas, identificar, descrever e explicar os macro-problemas de saúde ali contidos, referidos por grupos portadores de um dado projeto de saúde, para depois articular, através de práticas sanitárias as diferentes disciplinas e setores”.*

Comentando sobre o PSF, SALUM (2000) ressalta que, mesmo que do “*ponto de vista da clínica, o PSF colha produtos bastante avançados (reduzem-se quadros mórbidos primários, expandem-se as ações sobre as doenças transmissíveis, etc.), do ponto de vista da complementaridade com o modelo epidemiológico, entendido na sua plenitude, ele é resumido”.*

FRANCO; MERHY (2000) opinam sobre o fato dos mentores do PSF acreditarem que o projeto possa organizar e estruturar a demanda de serviços das USFs, a partir exclusivamente de usuários referenciados pelas equipes do PSF: “*essa questão elimina a possibilidade de atendimento à demanda espontânea, sendo um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas”.*

Segundo COSTA; AUGUSTO (1995) apud VASCONCELLOS (1998), “*a concepção que acaba prevalecendo é aquela que reduz o direito à saúde ao acesso a serviços que, por suas próprias características tecnológicas, embora aliviem a dor e o sofrimento dos doentes, não necessariamente reduzem os riscos de que voltem a adoecer freqüentemente ou venham a morrer precocemente”.*

### *c) Equipe Multiprofissional*

CAMPOS (1992), reforçando a proposta do MS, propõe a estruturação de equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários. Segundo ele, esta organização justifica-se em dois sentidos: o de “*quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais, responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que*

*espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos”.*

Sobre a organização e forma de trabalho da equipe, expõe que, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, *“nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o programa posta 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”* (FRANCO; MERHY, 2000).

PAIM (1986) esclarece que a reorganização e a redefinição do setor saúde no Brasil não parece demandar por médicos de família. De acordo com ele, *“a priorização da atenção primária e o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado exigem opções mais criativas e realistas”*, e a busca de alternativas passa, portanto, por novos caminhos.

Nesse sentido, o perfil de recursos humanos deve alterar-se, comenta CAMPOS (1989): ao invés de médico-generalista seriam necessários o pediatra, o clínico e o ginecologista. Generalistas ficariam reservados para as regiões isoladas e fracamente povoadas.

*“A verdadeira discussão diz respeito ao fato dos profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional onde um é sujeito no processo e o outro, objeto sobre o qual há uma intervenção para melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dá a entender sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde”* (FRANCO; MERHY, 2000).

Enfermeira, SALUM (2000) acrescenta à discussão seu ponto de vista sobre o trabalhador de enfermagem no que diz respeito ao PSF: *“hoje, pelo menos em São Paulo, duas linhagens de enfermeiros de Saúde Pública estão aflorando na rede básica: aqueles que estão no PSF e os que há mais de 20 anos vêm sendo os bravos batalhadores pelo atendimento em saúde. Estamos re-editando o atendente de enfermagem, romanticamente de ACS e que, explorado na sua solidariedade social, ganha mal, para sob o comando da*

*enfermeira, realizar o trabalho manual tão próprio da força de trabalho que se vende para o projeto de acumulação do capital; reedita-se assim a dicotomia entre o trabalho intelectual e manual. Estamos re-editando, em consequência, projetos de qualificação profissional que seriam desnecessários, recursos que poderiam ser investidos na qualificação dos trabalhadores que já estão na rede”.*

## **Os Diferentes Modelos de Implantação do PSF**

No artigo “A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família”, VIANA; DAL POZ (1998), ambos pesquisadores do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC/IMS), exibem os resultados de uma avaliação do processo de implementação do programa, no sentido de estabelecer a relação existente entre atividades desenvolvidas pelo PSF e os resultados encontrados, ressaltando as condições de desenvolvimento do programa em seus aspectos institucionais.

Segundo eles, no Modelo Regional de implantação do PSF (como é o caso dos Municípios do Nordeste – Baturité/CE, Trindade/PE e Olinda/PE), o programa possui uma forte presença na produção ambulatorial total do município (o programa tende a absorver quase metade do total de procedimentos ambulatoriais) e é expressiva a atividade do agente comunitário. Isso mostra como é importante a participação das outras instâncias de governo (principalmente da instância regional) e do desenvolvimento conjunto de outros programas inovadores. Assim explica-se porque os indicadores de produção são superiores àqueles encontrados em outras regiões. O apoio e a participação da comunidade é intenso, o que é incentivado pelo executivo local. Isso pode ser visualizado pelo número de atividades do ACS frente ao total de procedimentos do PSF. Ressalte-se, ainda, a forte presença dos Secretários Municipais de Saúde nas formulações de políticas estaduais e no desenvolvimento de iniciativas pioneiras na área de atenção básica.

O Modelo Singular, por sua vez, como é o caso dos municípios de Niterói/RJ, Cocal do Sul/SC e Projeto Qualis no município de São Paulo, revela que é possível desenvolver o programa quando há alguma estrutura ou instituição que possa liderar o processo de implantação, independentemente das situações do entorno. É possível desenvolver o programa, tendo em vista que em áreas populosas ele representará entre 10 e 20% do total de procedimentos ambulatoriais, isto é, ele necessariamente irá conviver com outros modelos de saúde.

Já o Modelo Princiante (caso de Cotia/SP e Barbacena/MG) indica que quando não há essa instituição gerente e o apoio de outras instâncias – além da participação da comunidade – é quase impossível o desenvolvimento de um programa do tipo do PSF, mesmo com uma rede física adequada.

### **Os Facilitadores e Dificultadores da Implantação do PSF**

VIANA; DAL POZ (1998) evidenciaram um novo tipo de aliança na política de saúde: de gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), com técnicos externos à área da saúde (como os técnicos do Comunidade Solidária e de organismos internacionais, como o UNICEF, e de países que desenvolvem práticas de saúde da família, como Canadá e Cuba), e com as associações da comunidade.

Concluíram que essa associação foi suficientemente forte para amenizar os elementos dificultadores da expansão do programa: o aparelho formador de recursos humanos, isto é, as faculdades de medicina, resistentes em explorar o campo da Saúde Coletiva e incrementar a formação de médicos generalistas; o Conselho Federal de Medicina que não é favorável à formação de médicos generalistas, incentivando a formação de especialidades; os sindicatos médicos, contrários a qualquer tipo de contratação que não seja pela forma de trabalho assalariado; os Conselhos e Associação Brasileira de Enfermagem, que impõe às atividades dos agentes as mesmas restrições antes impostas às do atendente de enfermagem; a Pastoral da Saúde – as comunidades eclesiais desenvolviam programas de agentes comunitários e se opuseram ao cadastramento das famílias pelas unidades de saúde do programa; e alguns gestores estaduais (VIANA; DAL POZ, 1998).

Pontuam que em relação ao mecanismo de financiamento, o convênio firmado entre MS, estados e municípios, obedece aos seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal. Para a assinatura do convênio exige-se que o Conselho Municipal de Saúde esteja em funcionamento, assim como o Fundo Municipal de Saúde. Entretanto, é opinião destes autores que o mecanismo convencional é bastante limitado, burocrático e pouco flexível, e se choca com os propósitos descentralizantes do próprio sistema de saúde, dificultando também a implantação do PSF (VIANA; DAL POZ, 1998).

As comunidades organizadas, por sua vez, exerceram, em muitos locais, pressão direta em favor da continuidade do programa, pois muitas vezes este é abandonado quando tem início uma nova gestão (estadual ou municipal) (VIANA; DAL POZ, 1998). São favorecidas pela Lei n.º 8142/90, a qual define alguns fóruns próprios para o exercício do controle social – as conferências e os conselhos de saúde – a serem efetivados nas três esferas de governo, através de outras instâncias como Câmara de Vereadores e Associação de Moradores (BRASIL, 1997).

A NOB-96, que aprofunda o caráter inovador do PSF, explicita uma nova fórmula de cooperação para a operação da política de saúde, envolvendo municípios, pólos, secretarias estaduais e o nível central do MS. Esses são elementos facilitadores da implementação do PSF segundo VIANA; DAL POZ (1998).

### **Vantagens (e desvantagens) do PSF**

Apesar das dificuldades expostas, VASCONCELLOS (1998) entende que o PSF vem responder a uma tendência mundial de redução de custos em seus procedimentos com pessoal, hospitalizações e tecnologias. Da mesma opinião, VIANA; DAL POZ (1998) comentam que o quadro de crise das finanças públicas e de adoção de políticas de ajuste não é, por si só, um limitador da reforma e sim um impulsionador de novas modalidades de gestão, economizadoras de custos.

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 ser mantidas pelo estado, necessitariam de menos investimento em equipamentos e em profissionais. Menciona ainda o seu barateamento pela participação da comunidade.

O Ministério da Saúde aponta como equívoco a identificação do PSF 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).

VIANA e DAL POZ (1998) explicitam que, como o programa propõe toda uma reformulação da assistência básica, é de se esperar que o número de internações diminua e que os equipamentos mais sofisticados – como os hospitais terciários e quaternários – possam se dedicar ao atendimento de suas especialidades, o que pode influir em diminuição do gasto de internação hospitalar. Entretanto, como a resolutividade da assistência básica aumenta os níveis de cobertura do sistema de saúde, pode-se ter um aumento da demanda por internações mais complexas, encarecendo o custo da assistência.

Quanto a sua resolutividade, o MS afirma que, funcionando adequadamente, as USF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000-b).

O mais importante progresso alcançado, segundo NEGRI (2000), Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, foi a redução da mortalidade de menores de um ano. Entre 1989 e 1998, essa mortalidade caiu de 50,9 para 36,1 por 1000 nascidos vivos, ou seja: uma queda de 29,1% em 9 anos. *“Foram 230 mil vidas salvas nesse período. Esse progresso resulta da prioridade que se deu, nos últimos quatro anos, ao combate às doenças diarreicas, às doenças imunopreveníveis, às pneumonias e à desnutrição”*.

Em novembro de 1999, o governo federal promoveu o 1º Concurso em Experiências de Saúde da Família, reunindo 100 cases de todo o Brasil (BRASIL, 2000-d). Do total, 30 foram selecionados e cinco receberam pontuação máxima. Seguem os principais resultados apontados por estes municípios:

- Mauá (SP): redução de 40% na taxa de mortalidade infantil; cobertura vacinal de 100% e 44% das mães orientadas sobre procedimentos de saúde bucal no bebê;
- Sobral (CE): cobertura pré-natal de 100% e excelente cobertura vacinal;
- Camaragibe (PE): cobertura pré-natal de 92% e 59% do aleitamento materno exclusivo entre as crianças menores de 4 meses;
- Ibiá (MG): cobertura vacinal de 95%, cobertura pré-natal de 90% e acompanhamento de 87% dos diabéticos e 80% dos hipertensos;
- Mandaguari (PR): solução em mais de 80% dos problemas de saúde encontrados na comunidade e redução da taxa de mortalidade infantil de 30,3 por mil, em 1996, para 11,86 por mil em 1998.

NEGRI (2000) refere que *“promover a saúde, prevenindo a doença, é a melhor maneira de reduzir a demanda por hospitais. Os números e a melhor qualidade de vida da população assistida estão demonstrando o acerto dessa estratégia”*

CAPISTRANO (2000), médico e ex-coordenador do PSF/QUALIS – Fundação Zerbine de São Paulo, apresenta o seguinte depoimento: *“as vantagens desse programa, tanto para médicos como para pacientes, são evidentes. Surge então a possibilidade de construção do vínculo entre família (e paciente) e médico, desaparecendo as razões que levam à impessoalidade, descontinuidade e desresponsabilização da relação profissional de saúde - usuário do serviço. 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 ACS e enfermeira) 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”*.

Por outro lado, segundo SALUM (2000), o PSF tem considerado apenas a esfera de determinação no momento do consumo, não dando conta de avançar na intervenção no momento da produção, que hoje, cada vez mais se evidencia como processo de máxima vulnerabilidade na expressão do fortalecimento e do desgaste bio-psíquico.

BRANDÃO (1995) apud VASCONCELLOS (1998), no entanto, ressalta que, *“principalmente hoje em dia, as sociedades ocidentais acostumaram-se a medir diferenças culturais como desempenhos sócio-econômicos. Aos poucos, deixaram de pensar em termos de modos de vida e falam em nível de vida, em qualidade de vida. Certos indicadores, como padrões de saúde, níveis de educação, qualidade de transporte, etc. ‘medem’ realizações sociais que podem ser comparadas e ajudam a estabelecer a distância matemática que separa, por exemplo, o ‘primeiro mundo’ do ‘terceiro mundo’ segundo taxas, cifras e proporções. Falam de ossos e corpos e esquecem as almas”*. O PSF e a medicina comunitária nos levam a esta outra dimensão que o autor menciona: mais benefícios sociais e menos cifras, mais solidariedade e menos as clássicas mensurações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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.

O PSF, nesse sentido, favorece o estabelecimento de novas relações, em que cada parte atuante é sujeito do processo. A tendência é que com o tempo, o paciente deixe de ser objeto de ação, enquanto que o profissional, de qualquer instância, passe a compreendê-lo enquanto ser político-social, psico-biológico, cultural e contextualizado no ambiente em que vive. Tal feito carece de um olhar técnico diferenciado e ousado, para que os “muros” sejam rompidos, sejam os das Secretarias Municipais de Saúde, das Unidades de Saúde da Família ou do próprio conhecimento das pessoas envolvidas, a fim de que a barreira entre o saber científico e o saber popular se meschem e produzam ações que possam agir efetivamente nos determinantes do processo saúde doença.

VIANA; DAL POZ (1998) acreditam que o PSF 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 (funcionamento do fundo e do conselho municipal de saúde); 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 (sobre transferência per capita). 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.

Sob outros aspectos, FRANCO; MERHY (2000) comentam que o problema apresentado na organização do PSF diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. De acordo com eles, o formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde, o que pode levar ao aborto da construção de modelos alternativos, mesmo que similares à proposta do PSF, engessando-o diante das realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional. Pontuam ainda que o caráter

prescritivo do programa (locais de atendimento definidos - unidade básica para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos na comunidade -, bem como relação das atividades a serem realizadas pela equipe) não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde. Concluem, dessa forma, que o PSF não tenha poder para reverter a configuração do modelo médico hegemônico.

Como profissional que vivenciou o PSF, acredito que seja precoce adjetivarmos o programa como potente ou impotente para alterar toda uma estrutura consolidada de serviços produtores de saúde (ou doença). Mesmo com as 10.025 equipes de saúde da família em 3.059 municípios dos estados brasileiros são apenas seis anos desde a sua implantação (BRASIL, 2000-e).

Como toda proposta, existem os pontos favoráveis ou desfavoráveis. Se, por um lado, o território de abrangência definido facilita as ações de vigilância epidemiológica, dá condições à realização de um diagnóstico situacional, tornando propício um planejamento efetivo baseado na realidade existente; por outro, limita as atividades às famílias cadastradas. É imperativo a sensibilização da população e dos gestores locais de saúde não apenas para a construção de mais unidades de atendimento primário, umas próximas às outras, de modo que não se configure um processo de inclusão ou exclusão de pessoas ao sistema, mas a busca incessante do fortalecimento do mecanismo de referência e contra-referência e um controle social genuíno a fim de que o PSF se caracterize como uma estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde.

Com base nos aspectos citados, acreditamos que o próximo passo seja avaliar o impacto do PSF com base na investigação de mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde-doença e nas formas de enfrentamento dos problemas de saúde dos integrantes de cada comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANDÃO, C.R. *Em campo aberto: escritos sobre a educação e a cultura popular*. São Paulo, Cortez, 1995. p.89.

BRASIL Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família [online]. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm>> (01/04/00). (a)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família [online]. Disponível na Internet: <[http://www.saude.gov.br/psf/programa/como\\_comecou.asp](http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp)> (01/04/00). (b)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programas e projetos – PACS/PSF [online]. Disponível na Internet: <<http://www.saude.rj.gov.br/ViverSaude/Intos/Psaufam.htm>> (13/09/00). (c)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prêmio Saúde Brasil [online]. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/psf/experiencias/premio.asp>> (28/11/00). (d)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Municípios com equipes de saúde da família [online]. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/psf/coordenacao/mapa.asp>> (28/11/00). (e)
- CAMPOS, G. W. de S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: Campos, G.W. de S. et al. *Planejamento sem normas*. São Paulo, Editora HUCITEC, 1989. p.53-60.
- CAMPOS, G. W. de S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Editora HUCITEC, 1992. p. 149.
- CAPISTRANO, D. Programa Saúde da Família: vantagens para médicos e pacientes. [online]. Disponível na Internet: <<http://www.cremesp.com.br/anteriores/pag3.html>> (13/09/00).
- COSTA, O. V.; AUGUSTO, M. H. Uma escolha trágica: saúde ou assistência médica? *São Paulo em Perspectiva*, 9(3):99, 1995.
- FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. [online]. Disponível na Internet: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> (13/09/00).
- HAREVEN, T. Historical changes in the family and the life course: implications for child development. *Monogr. Soc. Res. Child Develop.* (50):8-23, 1986.
- MENDES, E. V. O processo de construção do SUS: reflexões sobre uma agenda mínima para a Reforma Sanitária. Brasília, 1992. [Documento interno]
- MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 9(2):177-184, 1993.
- MISOCZKY, M. C. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, (42):40-44, 1994.

MONTERO, M. Consecuencias ideológicas de la definición de familia para la política social.

*Int. J. Psychol.* (25):107-110, 1991.

NEGRI, B. Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida. [online]. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>> (01/04/00).

PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In: *Estudos de saúde coletiva 4*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1986. p. 11-25.

PATARRA, N. L. Mudança na dinâmica demográfica. In: Monteiro, C. A. org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo, Editora HUCITEC, 1995.

RODRIGUES, C. R. F. Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997). São Paulo, 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

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 na Internet: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> (12/09/00).

SARACENO, C. The concept of family strategy and its application to the family-work complex: some theoretical and methodological problems. In: Bom, K; Sgritta, D; Sussman, M., ed. *Cross-cultural perspectives on families, work and change*. Binghamton, The Haworth Press Inc, 1990. p. 1-18.

TRAD, L. A . B.; BASTOS, A . C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, 14(2):429-435, 1998.

VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes, E. V. org. A organização da saúde no nível local. São Paulo, Editora HUCITEC, 1998. p.155-172.

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 8(2):11-48, 1998.

## **FAMILY HEALTH PROGRAM IN BRAZIL: A FOCUS ON ITS BASIC ASSUMPTIONS, PERFORMANCE AND ADVANTAGES**

**SUMMARY:** Since its conception up to the moment, many have been the analysis concerning the Family Health Program in Brazil (FHP). Although still in a small number, members of the Family Health Units, Health Municipal Secretaries, Mayors, members of health Ministry, as well as Universities teaching staff and renowned researchers of public health and other similar branches, they have disposed themselves towards discussing and considering such strategy. Thus, it became appropriate to carry out a review on the literature about The FHP, which was approached in topics: historic retrospective of the period that preceded The FHP; its basic assumptions; performance strategies; the family as the center of assistance, the principle of health vigilance, the performance of the multidisciplinary staff, the different patterns of implantation in Brazil, the facilitating aspects or not of this launching in Brazil, as well as the advantages and disadvantages of The FHP in Brazilian Health System.

**KEY WORDS:** Family Health Program, Assistance Patterns, Basic Health Care.