

A HISTÓRIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DESDE A SUA CONCEPÇÃO ATÉ OS DIAS ATUAIS

Milena Lopes Santana¹, Vera Lúcia Ignácio Molina²

¹UNITAU/PRPPG - Mestranda em Gestão e Desenvolvimento Regional
Rua Visconde do Rio Branco, milenaeluiza@ig.com.br

²UNITAU/PRPPG - Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional
Rua Visconde do Rio Branco, vlim@uol.com.br

Resumo- Trata-se de revisão bibliográfica sobre o Programa Saúde da Família, no intuito de identificar as diversas percepções dos pesquisadores sobre a concepção, implantação, reestruturação e organização desta estratégia de reorientação da Atenção Básica. O estudo permitiu visualizar as divergências no que trata a atenção à família como objeto de ação, à delimitação do território de abrangência e ao sistema de referência e contra-referência realizado pelas equipes multiprofissionais das unidades de saúde da família. A condução da demanda espontânea e a persistência do atendimento sob o modelo médico-hegemônico também foram questionados. A possibilidade de realização do diagnóstico situacional como ferramenta para o planejamento de ações sob o enfoque dos determinantes do processo saúde-doença foi considerado um ponto relevante e favorável para a consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica à Saúde. Programa Saúde da Família.

Área do Conhecimento:

Introdução

Por volta de 1993, o Ministério da Saúde iniciou a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. A mesma veio como resposta ao documento elaborado também pelo Ministério, transcrito abaixo por Vasconcelos (1998): *o PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS, na municipalização, 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.*

Campos (1989) aponta que na alternativa do modelo assistencial nos moldes saúde da família, 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.

Os pressupostos básicos, operacionalização e vantagens desta estratégia já foram publicados por Santana e Carmagnani (2001). No entanto, com 13 anos desde sua implantação até os dias atuais, considera-se pertinente identificar e reavaliar a percepção dos pesquisadores no que trata a evolução do PSF.

Metodologia

Trata-se de revisão de literatura sobre o PSF. A busca bibliográfica se deu por pesquisa em banco de dados eletrônicos, tais como: Scielo, Google acadêmico, Dedalus e portal do Ministério da Saúde, por meio das palavras chaves “programa saúde da família”, “atenção básica” e “sistema único de saúde”.

Resultados

Com o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) em 1991 começou a se focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (e tão somente) o indivíduo. Porém, esta mudança alterou significativamente a demanda por serviços de saúde em relação à oferta, e exigiu – e exigem – a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções.

Em 1994, é publicado em BRASIL (1994) que a implantação do PSF tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, por meio da promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Com a família sendo responsabilidade da equipe, Oliveira e Colvero (2001) pontuam que, para dar conta desse objeto de atenção, cabe à equipe de saúde perceber a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivamente, tendo sempre em vista os indivíduos como cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sociofamiliar.

Assim, 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 Unidade de 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, tudo são ações para as quais as equipes devem estar preparadas (BRASIL, 2000-b).

A operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adstrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia (BRASIL, 1997). É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que prioriza ações de saúde do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000b).

Em termos oficiais, pode-se perceber que é somente no ano de 2000 que o Ministério da Saúde apresenta uma idéia mais clara de como o PSF irá se tornar o propulsor capaz de alterar o funcionamento da atenção básica: ele já não atenderia somente os excluídos pela fome e miséria, mas a todos. É nessa época que o nível central lança mão de mais um documento que incorpora e reafirma os princípios supracitados, quais sejam (BRASIL, 2000a):

- Caráter substitutivo, pelo qual o PSF não preconiza a criação de novos serviços, exceto em áreas desprovidas; implantá-lo é substituir as práticas tradicionais de assistência voltada às doenças por um modelo comprometido com a promoção de saúde e a prevenção de agravos, no intuito de melhorar a qualidade de vida da população.
- Integralidade e hierarquização, pelos quais o PSF se enquadra na atenção básica à saúde, mas totalmente vinculado a uma rede de serviços de maior complexidade, no sistema de referência e contra-referência, para guardar ao indivíduo um tratamento completo e uma assistência de forma integral.
- Equipe multiprofissional, pela qual cada equipe do PSF será composta por pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A equipe não exclui a

possibilidade de que dentistas, assistentes sociais e psicólogos também façam parte.

- Territorialização e cadastramento da clientela, pela qual o território de abrangência do PSF é delimitado, e a população adstrita deve ser totalmente cadastrada para acompanhamento das equipes de saúde, sendo cada uma delas responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

Em cerca de seis anos, o Ministério da Saúde passou a avaliar melhor o Programa Saúde da Família, considerando-o como a Estratégia da Saúde da Família (ainda que a sigla PSF permaneça) e a se preocupar com indicadores de saúde e a qualidade de vida da população atendida. Segue a transcrição do documento (BRASIL, 2006-a): a estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde do Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Dessa forma, a Atenção Básica é caracterizada hoje como um conjunto de ações de saúde voltadas ao indivíduo e ao coletivo, desenvolvida por práticas gerenciais (e não por qualquer pessoa, com qualquer formação e os recursos mais simples: comentário nosso) e práticas sanitárias demográficas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida às pessoas e às famílias de um território bem delimitado (BRASIL, 2006-b). Ela é “o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde” (BRASIL, 2006-b) e, por isso, deve causar boa impressão àqueles que a procuram, colocar-se de uma forma acolhedora e ser o porto-seguro de cada cidadão.

Em comparação com o documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2000 (BRASIL, 2000-a), e a cartilha da Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (BRASIL, 2006-b), cujos principais fundamentos e especificidades da “estratégia saúde da família” estão transcritos na íntegra em ANEXO (Capítulo II, Princípios Gerais), pode-se dizer que a novidade está no uso do termo “diagnóstico situacional”, o qual permite visualizar um território em relação aos outros de seu município e deste com outras cidades da região. Ele dá a noção de conjunto e, ao mesmo tempo, as especificidades necessárias para que outros pequenos diagnósticos, planejamentos e intervenções possam ser realizados.

Discussão

Apesar de autores como Franco e Merhy (2000), Vasconcellos (1998) e o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) defenderem positivamente a escolha da família como espaço estratégico de atuação, autores como Salum (2000), Hareven (1986), Saraceno (1990), Monteiro (1991), citados por Trad e Bastos (1998), não validam essa opção com tanta veemência. Questionam a possibilidade de uma visão excludente implícita numa definição restrita e universal de família, que repercuta no plano das políticas públicas, uma vez que se excluem ou incluem-se pessoas, num contexto onde se privilegiam alguns enquanto outros são abandonados.

Sobre a hierarquização, Franco e Merhy (2000) desacreditam que o PSF possa estruturar e organizar a demanda de serviços das USFs a partir, exclusivamente, de usuários referenciados pelas equipes de PSF. Segundo eles, isso compromete o atendimento à demanda espontânea, levando a um comprometimento da população com serviços que trabalham sob o modelo médico-hegemônico para responderem suas necessidades mais imediatas. Os mesmos ressaltam que esta estratégia como inadequada tanto na concepção do PSF pelos seus idealizadores, como para sua implantação.

Com relação a esse assunto, Franco e Merhy (2000) expõe que, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, não há garantias de que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada. O programa estrutura a mudança centrada no serviço, mas não opera de modo amplo nos fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, “é o que define o perfil da assistência”.

Tanto é, que um estudo realizado em 2005 (GUISARDI; FRACOLLI, 2005) demonstra que, ao contrário do preconizado, as equipes do PSF referem, bem como a literatura sobre o assunto, sobrecarga de trabalho da equipe, escuta realizada pelo auxiliar de enfermagem com pouca qualificação para tomada de decisões, alta demanda, falta de interesse dos profissionais, falta de articulação da equipe, postura não acolhedora, manutenção do modelo médico-centrado, resolutividade inferior à esperada.

Monken e Barcellos (2005) considera a delimitação do território apenas um forma administrativa para a gestão física dos serviços, ou seja, uma forma de negligenciar o conceito de territorialização ao contrário da verdadeira identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Por outro lado, Fracolli e Bertolozzi (2001-b) ressaltam que a vantagem do PSF é ir além dos muros da unidade de saúde, porque é a forma de

mapear os recursos que podem ser utilizados pela população, em termos de equipamentos de educação, lazer, trabalho, cultura, saneamento básico, dentre outros.

O Ministério da Saúde 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. Esta 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 e saúde que, prioritariamente, deverão ser a sua referência (BRASIL, 1997).

O diagnóstico situacional de uma unidade de PSF nem sempre é realizada pelos gestores. Falta a estes, na maioria das vezes, o conhecimento e o uso de ferramentas gerenciais para o desenvolvimento de atividades de acordo com o planejamento e a programação oriundos de uma boa percepção de realidade, a qual envolve não apenas a unidade de saúde da família, mas a equipe multiprofissional, os usuários, os moradores daquele território e, eventualmente aqueles que venham a precisar dos serviços de saúde desta unidade. Envolve também a relação entre todas essas pessoas e as demais instâncias de governo, bem como com outros profissionais pertinentes ao processo (especialistas médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas, etc.), secretários da saúde, da educação, dos transportes, do meio ambiente e seus respectivos acessores e diretores.

Conclusão

Desde a criação do Sistema Único de Saúde até os dias atuais, o Programa Saúde da Família vem passando por transformações em sua concepção e operacionalização. Quando implantado em 1994, sua proposta era a de atender a família como unidade de ação, e não o indivíduo, fundamentalmente aqueles que apresentavam maior risco de adoecer e morrer, representados no “mapa da fome” e sem acesso aos serviços de saúde.

Em 2000, a proposta não era mais atender somente os excluídos, mas a todos, de modo integral, eqüitativo e referenciado pelas equipes multiprofissionais de saúde, conforme os princípios da hierarquização.

Somente em 2006 o PSF veio a ser considerado uma “estratégia” para reorganizar a Atenção Básica, por meio de práticas gerenciais, sanitárias e participativas, de forma acolhedora. Os determinantes do processo saúde-doença passaram a ser valorizados para a construção de indicadores sociais e de saúde. A noção de diagnóstico situacional foi incorporada como uma ferramenta para o planejamento de ações, sendo mencionada pela primeira vez pela Política Nacional de Atenção Básica proposta pelo Ministério da Saúde.

O PSF é percebido de diversas maneiras pelos pesquisadores. Há aqueles que entendem a atenção à família como forma de exclusão, e que o encaminhamento de pacientes referenciados a serviços especializados, feito somente pelas equipes de saúde da família, compromete a estruturação e organização das unidades básicas, não sendo eficiente na condução da demanda espontânea.

A delimitação do território de abrangência para atendimento também é questionada por alguns, pois não traz alternativas àqueles que ficam “extra-muros”.

Referências

- 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**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm>> Acesso em: 1 abril 2000. (a)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos – PACS/PSF**. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/ViverSaude/Infos/Psau_fam.htm> Acesso em: 13 setembro 2000. (b)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 7 maio 2006. (a)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. (b).
- 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: HUCITEC, 1989. p. 53-60.
- FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. O perfil epidemiológico nas práticas do enfermeiro no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001. p. 9-13. (b)
- FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>> Acesso em: 13 setembro 2000.
- GUISARDI, P. J.; FRACOLLI, L. A. Acolhimento e reorganização das práticas em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, spl. 1, p. 23, 2005.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai.-jun., 2005.
- OLIVEIRA, M. A. F.; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001. p. 198-201.
- SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, jan./jul., 2001.
- TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.
- VASCONCELOS, M. P. C. **Reflexões sobre a saúde da família**. In: MENDES, E. V. (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 155-172.