



Revista Latino-Americana de Enfermagem
ISSN: 0104-1169
rlae@eerp.usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

de Almeida Godinho Rosa, Walisete; Curi Labate, Renata
Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 6, noviembre-diciembre, 2005, pp. 1027-1034
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421850016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA¹

Walisete de Almeida Godinho Rosa²

Renata Curi Labate³

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência. Partindo desses pressupostos, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre as potencialidades e contradições do PSF no processo de mudança do modelo assistencial. O estudo envolve metodologia descritivo-reflexiva, apresentando dois temas fundamentados na literatura: revisão histórica das políticas de saúde no Brasil e PSF e o processo de mudança do modelo assistencial. A análise possibilitou perceber o trabalho em equipe e com a família como um progresso do PSF, entretanto, se faz necessário ter um olhar mais amplo para a formação dos profissionais para trabalharem a nova proposta e, também, na implantação das equipes.

DESCRITORES: política de saúde; serviços de saúde; programa saúde da família

FAMILY HEALTH PROGRAM: THE CONSTRUCTION OF A NEW CARE MODEL

The Family Health Program (FHP) arises as a new strategy for health care and reorganization of the care model. Based on these presuppositions, this article aims to reflect on the potentialities and contradictions of the FHP in the care model change process. The study adopts a descriptive-reflexive methodology and presents two themes, based on literature: historical revision of health policies in Brazil and FHP and the care model change process. The analysis made it possible to perceive work in teams and with families as a progress in the FHP. However, there is a need for a broader perspective in the formation of professionals to work with the new proposal, as well as to implant the teams.

DESCRIPTORS: health policy; health services; family health program

PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA: LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN

El Programa Salud de la Familia (PSF) surge como una nueva estrategia de atención a la salud y de reorganización del modelo de atención. Partiendo de ese presupuesto, este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre las potencialidades y contradicciones del PSF en el proceso de cambio del modelo de atención. El estudio adopta una metodología descriptivo-reflexiva y presenta dos temas basados en la literatura: una revisión histórica de la política de salud en Brasil y el PSF como posibilidad de cambio del modelo de atención. El análisis permitió notar el trabajo en equipo y con la familia como un progreso del PSF. Sin embargo, se hace necesario tener una mirada más ancha con vistas a la formación de los profesionales para trabajar la nueva propuesta, así como para implementar los equipos.

DESCRIPTORES: política de salud; servicios de salud; programa salud de la familia

¹ Trabalho extraído da dissertação de mestrado; ² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e-mail: walisete@terra.com.br; ³ Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: labatere@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, consequentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Por modelo de atenção entende-se: "um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia"⁽¹⁾.

Partindo dessas considerações, o presente estudo tem por objetivo refletir sobre as potencialidades e contradições do PSF no processo de mudança do modelo assistencial. Para tanto, optou-se por metodologia descritivo reflexiva, embasada em literatura pertinente sobre o assunto, com o intuito de contribuir para uma reflexão das transformações ocorridas no modelo de atenção à saúde e o surgimento do PSF como proposta de mudança do modelo centrado no médico e no hospital para um modelo centrado no usuário (família) e na equipe.

Conscientes da importância dessas reflexões para situar o papel do profissional nessa nova forma de atuar na saúde, apresenta-se dois temas: revisão histórica das políticas de atenção à saúde no Brasil e PSF e o processo de mudança do modelo assistencial.

AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

As estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Durante a Primeira República, as metas eram o saneamento de portos e núcleos urbanos, no intuito de manter condições sanitárias mínimas para implementar as relações comerciais com o exterior⁽²⁾.

No período populista de Getúlio Vargas, a política de saúde ficou bem centralizada. Antes da Revolução de 1930, o Seguro Social se caracterizava pelo sistema de Caixas, as quais abrangiam pequenas parcelas dos assalariados e se organizavam no âmbito de empresas isoladas. A partir da Revolução de 1930, sua expansão acelera-se e, num primeiro momento, mantém-se a organização sob a forma de Caixas, estendendo-as a todos os trabalhadores dos "serviços públicos" e consolidando-se toda a legislação a elas referente⁽³⁾.

Em 1933, tem início a organização dos segurados por categorias de empresas. Foram ainda criados o Conselho Superior de Previdência Social - órgão de recursos em questões referentes a prestações - e o Departamento de Previdência Social - órgão de supervisão e controle geral dos institutos - ambos relacionados ao Ministério do Trabalho. Completa-se, assim, uma estrutura institucional que só viria desaparecer em 1966, com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social)⁽³⁾.

Dificilmente se poderia sustentar que o Estado, na sociedade brasileira, desenvolveu qualquer política deliberada de implantação e controle de programas de assistência médica. Historicamente, sua atuação foi concentrada em medidas de alcance coletivo, acrescentando-se, ainda, que o próprio setor de saúde não constituiu setor prioritário nas definições de política econômico-social do Estado. Essa constatação é válida para todo o período que se está considerando, não obstante terem os programas de assistência médica se ampliado consideravelmente no âmbito da Previdência Social. Tal constatação permitirá dimensionar, também, o sentido da interferência estatal na assistência médica através das instituições de Previdência⁽³⁾.

Nesse sentido, dois aspectos adquirem relevância com relação à forma e extensão dessa

interferência. O primeiro deles reside na consideração de que a ampliação quantitativa e qualitativa da assistência médica, no âmbito das instituições previdenciárias, está mais relacionada com as pressões do consumidor e características institucionais da previdência e não diretamente relacionadas à assistência médica, do que com a ação deliberada do Estado para absorver ou mesmo controlar o sistema de produção e consumo de serviços. O segundo aspecto diz respeito ao fato de que a interferência, no momento em que ocorreu, comportou formas de privilégio do produtor privado dos serviços de saúde⁽³⁾.

Durante os anos 70, foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado e os recursos para saúde eram mínimos⁽⁴⁾. O sistema previdenciário sofreu mudanças institucionais, separando o componente benefício da assistência médica. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), foram organizados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), além da reorganização dos órgãos de assistência social (LBA e FUNABEM) e da constituição de uma empresa de processamento de dados (DATAPREV). Essa reorganização significou, também, um novo momento de concentração do poder econômico e político no sistema previdenciário⁽⁵⁾.

Para os usuários, as transformações da organização do sistema de saúde indicavam duas situações igualmente difíceis de serem enfrentadas: a ineficácia do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde⁽⁵⁾. No âmbito internacional, em setembro de 1978, acontece, em Alma-Ata, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde com a proposta de atenção primária em saúde como estratégia para ampliar o acesso de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. O enfoque foi a prioridade à promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade⁽⁶⁾.

O período de 1980-1983⁽⁵⁾ é conhecido, no âmbito das políticas sociais, como o período da crise da previdência social. Na tentativa de elaborar um programa nacional de serviços básicos de saúde,

criou-se o Prev-Saúde, inspirado na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, o qual não chegou a ser colocado em prática. Nessa conferência promovida pela Organização Mundial da Saúde/UNICEF, se declara que a saúde não é apenas ausência de doença e sim um completo bem-estar físico, mental e social.

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

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

Em 1984, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) promoveram uma reunião para avaliação das AIS. O encontro reforçou a posição do movimento sanitário no sentido de se promover a unificação do sistema de saúde⁽⁵⁾. Nesse movimento, a reforma sanitária tem um momento de marco histórico em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde que propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde.

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: "Saúde é direito de todos e dever do Estado", ou seja, todo

brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, eqüidade e integralidade⁽⁷⁾.

A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - "Lei Orgânica da Saúde", promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS⁽⁸⁾.

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

O PSF E O PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a enfocar a família como unidade de ação

programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família⁽¹⁰⁾.

Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema "Saúde da Família", convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais⁽¹⁰⁾.

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

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

O PSF tem como objetivo geral: "contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a

população"⁽¹²⁾. As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população⁽¹³⁾.

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

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

Assim, a saúde da família e da coletividade poderá desenvolver-se de forma mais plena caso seja compreendida não como um programa para a saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como projeto concreto, provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades com o objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar⁽¹⁶⁾. Em alguns municípios que adotaram o PSF, verificou-se

que ainda não há uma discussão aprofundada do modo de relação entre os profissionais e a população local, e o PSF significou mais uma modificação institucional, ou seja, nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atenção, acréscimo na remuneração da equipe do que maior aproximação com o cotidiano das famílias⁽¹⁴⁾.

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

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

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

Um dos problemas verificados na proposta do PSF⁽¹⁸⁾, enquanto "estratégia de mudança do

modelo assistencial", é a idéia de que esteja mais voltado para ações de natureza "higienista" do que as de cunho "sanitarista". O controle educativo/terapêutico instaurado pela higiene iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos que até hoje vem se mostrando eficiente⁽¹⁹⁾.

Os especialistas encarregados de reeducar terapeuticamente a família percebem que a desestruturação familiar é um fato social, mas não percebem que as terapêuticas educativas contribuem ativamente na fabricação desse fato. Muitos dos fenômenos apontados hoje em dia como causas da desagregação familiar, nada mais são que consequências históricas da educação higiênica. Não há dúvida de que a família sofre e precisa ser ajudada. Resta saber se os remédios propostos, ao invés de sanarem o mal, não irão perpetuar a doença⁽¹⁹⁾.

O problema do atual modelo assistencial está no processo de trabalho medicocentrado que acaba operando centralmente na produção do cuidado e da cura. Assim, faz-se necessária uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção da saúde⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, "pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculo dos profissionais com a comunidade etc...) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado. Não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde"⁽¹⁸⁾.

Para que haja mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, ou seja, "para uma nova estratégia, um novo profissional"⁽⁹⁾, salientando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. A saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo "chamamento" do setor.

No PSF, pode-se situar, também, uma busca de transição entre o profissional isolado, tanto na sua

atuação, como no seu saber para um trabalho em equipe que abre as vertentes do conhecimento e da vinculação social⁽⁹⁾. Nesse sentido, justifica-se a estruturação de equipes multiprofissionais em dois sentidos: "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"⁽²⁰⁾.

Assim, verifica-se a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade⁽²⁰⁾. Nesse processo de mudanças, as universidades brasileiras participam ativamente através da criação de Pólos de Capacitação, financiados pelo Ministério da Saúde, o que tem provocado debates e revisão dos currículos dos profissionais da área da saúde. Observa-se que, além da resolutividade, esses profissionais também estabelecerão vínculos de compromisso e responsabilidade com a população adscrita. Nesse sentido, um dos grandes desafios do atual Sistema de Saúde é a diminuição da internação hospitalar e um equilibrado atendimento à população, pois, o atendimento domiciliar é tendência cada vez mais aceita e isso vai proporcionar conforto ao doente e à sua família, além de diminuir os custos hospitalares. Significa, portanto, mudança cultural da população e dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, o PSF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma

apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura como explicitada pelos diferentes autores citados, sobre o desenvolvimento das políticas de saúde e o surgimento do PSF como proposta de reorientação do modelo assistencial, propiciou a constatação de que mudanças significativas vêm ocorrendo no modelo de assistência à saúde no Brasil.

No processo de transformação do modelo assistencial, o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família como foco de atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado focado na doença, podem ser ressaltados como progressos da atenção à saúde e como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde⁽²¹⁾.

Entretanto, a proposta da medicina de definição do "ato médico" fere a autonomia das demais profissões por não considerar de forma adequada as ações multidisciplinares na assistência em saúde, caminhando em direção contrária às propostas do PSF. Nesse sentido, cabe o seguinte questionamento: se o PSF surge como um novo modelo de assistência pautado nos princípios do SUS que visa, entre outras, a integralidade, a universalidade e a eqüidade, como se pode pensar em qualidade de vida e mudança do modelo assistencial quando se pensa num retrocesso como o

ato médico? Acredita-se que se tal medida for efetivada no sistema de saúde, corre-se um sério risco de se perder os avanços conquistados ao longo dos anos, pois, o PSF está em fase de implementação, necessitando, ainda, de ajustes referentes à sua organização.

Outro fator que pode contribuir para o desmantelamento do PSF é de ordem política, pois, a cada 4 anos grande parte dos municípios troca seus prefeitos que, por sua vez, também trocam as equipes por outras, comprometendo, assim, todo o trabalho implementado, ou seja, a troca excessiva dos membros das equipes por motivos "políticos" impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade. Nesse sentido, parece que a política municipal não reconhece os princípios norteadores do PSF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o PSF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitoreiras.

Seja como for, acredita-se que o PSF 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 PSF/Família/Comunidade.

Portanto, pode-se concluir que se torna necessário oferecer atenção especial para a implantação das equipes do PSF nos municípios, qualificando os profissionais, visando o atendimento integral das famílias, mudando não apenas o local de atuação, mas principalmente a conduta dos profissionais e dos prefeitos e vereadores se, de fato, se querer mudar o modelo de assistência pautada no compromisso ético e político.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
2. Luz M. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro: Graal; 1982.
3. Donnangelo MCF. O desenvolvimento do sistema previdenciário. São Paulo: Pioneira; 1975.
4. Luz M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática"- Anos 80. Saúde em Debate 1991; 32(3):27-3.

5. Cordeiro H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri/ABRASCO; 1991.
6. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaises; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.
7. Ministério da Saúde (BR). Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS. 2a.ed. Brasília (DF): MS; 1991.
8. Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cad. Saúde Família. 1996 janeiro-junho; 1: 10-5.
9. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde Família, 1996 janeiro-junho; 1: 3-8.
10. Vianna ALA, Dal Poz MR. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. (RJ): Abril; 1998.
11. Secretaria de Estado da Saúde (MG). Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte (MG): SES; 1997.
12. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.
14. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
15. Schraiber LB, Mendes Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, editores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. (SP): Hucitec; 1996. p. 29-47.
16. Vasconcelos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV, organizador. Organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.
17. Rosa WAG, Labate RC. A contribuição da saúde mental para o Programa Saúde da Família. Rev Bras Enfermagem 2003 maio/junho; 56(3):230-5.
18. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública, 1999, Águas de Lindóia: APSP; 1999.
19. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. 2^a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
20. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
21. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). Rev Latino-am Enfermagem julho-agosto 2004; 12(4): 658-64.