

# O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: CONCEPÇÃO E MODELO

Mauro Marcelo Furtado Real  
Mário Vasconcellos

**RESUMO:** O artigo tem como objeto de análise o Sistema Único de Saúde e o Programa Saúde da Família no Brasil. Especificamente, o artigo se propõe a traçar uma abordagem histórica da mudança na concepção de saúde no Brasil, considerando, particularmente, as influências recebidas, seja de movimentos internacionais, seja de políticas e estratégias do governo nacional. A questão central que norteia o artigo é: como o PSF tem se estruturado em termos de novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade? O artigo mostra que o PSF não é um modelo acabado, pelo contrário, está em pleno processo de aprofundamento e depende basicamente de tempo para demonstrar resultados. Entretanto, o PSF assume uma nova concepção de saúde que busca implementar um modelo baseado na acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular, assim como assume os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade apregoados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

## Introdução

A saúde no Brasil passou por uma significativa mudança a partir da segunda metade da década de noventa, quando após vários anos privilegiando a atenção hospitalar, concentrou sua preocupação com a Atenção básica motivado, sobretudo por uma nova ordem mundial em que a Organização Mundial de Saúde passou a conceituar a saúde, a partir de 1949, de forma mais ampla como um “completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença” (DUNCAN 2006).

Em 1974, o ministro de saúde canadense Marc Lalonde chamou atenção para os excessivos gastos com os serviços de saúde e fez destaque para as questões ambientais como fator determinantes de saúde e doença (DUNCAN, 2004).

Em 1978, a Conferência de Alma Ata, realizada em Moscou, estabeleceu estratégias para alcançar saúde para todos. Entre mais de 140 países, dentre os quais o Brasil, especificou-se, dentre tantas outras coisas, que os componentes fundamentais da Atenção Primária à saúde eram a educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional. (STARFIELD, 2002).

Em 1986, no Canadá, se realizou a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em que a Carta de Ottawa destacou a influência dos fatores socioeconômicos, políticos e culturais em relação à saúde. Em face disso se passou a pensar em adotar um novo modelo que contrapusesse a prática curativa, assistencial, em que o médico era o centro desse processo (hospitalocêntrico). Pensou-se em um modelo voltado para ações de promoção e prevenção, que privilegiasse o caráter interdisciplinar, dando ênfase aos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença (basicocêntrico) (DUCAN, 2004).

Nesse novo contexto, com ênfase na atenção básica, surgiu o Programa Saúde da Família com finalidade de prestar assistência integral, com resolutividade e boa qualidade, atender às necessidades de saúde da população, intervir sobre os fatores de risco em que ela está exposta e fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania, com expressão de qualidade de vida.

O PSF adotado em 1994, como estratégia para organizar um nível de atenção onde está concentrada a maioria dos problemas de saúde da população brasileira (cerca de 80%). Trata-se da porta de entrada do Sistema Único de Saúde, que para Duncan (2004), é o cuidado dispensado por profissionais de saúde a partir de um primeiro contato, de forma integral e continuada a pessoas saudáveis e doentes.

O Brasil passou, portanto, a adotar esse modelo como peculiar do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com seus princípios básicos da Universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, previstos na Constituição Federal de 1988 e que adotou a estratégia do Programa Saúde da Família como modelo influenciada por outros modelos de saúde de países com referência em saúde pública tais como Cuba e Canadá.

O modelo adotado era baseado em equipes multiprofissionais composta por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, além de um odontólogo, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca aproximada de 1000 famílias (4000 pessoas), residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos com capacidade de desenvolver ações de promoção, prevenção, reabilitação e assistência à saúde. (DUCAN, 2004)

Para o autor as premissas do PSF estão inseridas no texto da Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica do Ministério da Saúde, que criou a Política Nacional da Atenção Básica, que define o PSF como estruturante do SUS, ou seja, que sirva como modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), mantendo coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular, e com os princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade.

O PSF prioriza em suas bases teóricas a promoção à saúde e tem o coletivo como seu foco de atenção. O Programa parte do princípio que os indivíduos estão inseridos numa família que por sua vez fazem parte de um grupo populacional e assume que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e que somente uma abordagem coletiva permitirá impactar suas ações. Não é um modelo acabado, pelo contrário, está em pleno processo de aprofundamento e depende basicamente do crescimento quantitativo e da aceitação popular (DUNCAN, 2004).

Enfatiza ainda, que esse crescimento quantitativo depende do mesmo ser entendido como uma política de Estado e não de governo. Depende fundamentalmente de uma mudança nos cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde no Brasil para formação de profissionais especialistas com sólida formação em atenção primária à saúde e comprometidos com o projeto do SUS.

O primeiro encontro dos Secretários Municipais de Saúde das capitais, em Maio de 2001, na cidade do Rio de Janeiro, definiu como quatro eixos de intervenção fundamentais para implementação do SUS: Organização e Gestão do PSF, desenvolvimento de recursos humanos, financiamento e controle social (BRASIL, 2009).

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde, é o modelo que serve de base para essa mudança dentro a lógica da organização do sistema de saúde. É uma estratégia abrangente coerente com as tendências mundiais e com a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para adoção de práticas orientadas para a atenção primária (BRASIL, 2009).

Foi implantado em meio a mudanças no sistema de saúde brasileiro, ainda fortemente identificado com o modelo flexneriano (OHARA e SAITO, 2008). Esse modelo surgiu nos Estados Unidos, em 1910, com a reforma de Flexner, com caráter positivista nas práticas de assistência à saúde através do ensino médico voltado para o avanço tecnológico e assistência, similar ao modelo hospitalocêntrico.

O Ministério da Saúde estabelece que os profissionais do PSF devam conhecer as situações das famílias sob sua responsabilidade, com ênfase nas características sociais, demográficas e epidemiológicas, além de identificar os problemas de saúde prevalentes e os fatores de riscos os quais a população está exposta, para poder desenharem, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os problemas (OHARA e SAITO, 2008).

Segundo Ducan (2004), os treze passos para organização de uma equipe de saúde da família são: definição e descrição do território abrangente; descrição da clientela; diagnóstico de saúde da comunidade; organização das demandas; trabalho em equipe multiprofissional; enfoque da atenção à saúde da família e comunidade; estímulo a participação e controle social; organização de ações de promoção de saúde; resgate da medicina popular; organização de um espaço de co-gestão coletiva da equipe; identificação dos serviços de referencia no nível secundário e terciário; monitoramento da situação de saúde no seu território de abrangência; educação permanente em saúde.

O Brasil coloca, portanto, a atenção primária à saúde como foco das ações para o setor priorizando a ampliação das ações do Programa Saúde da Família, que presta atendimento domiciliar e nos postos de saúde, atuando, principalmente, na prevenção de doenças e promoção da saúde.

A questão central que norteia o artigo é: como o PSF tem se estruturado em termos de novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade?

## 2.1. Introduzindo a discussão

O arcabouço teórico está delineado sob as literaturas de saúde coletiva e atenção básica, o qual considera que o processo de saúde e doença se deve a interação de uma multiplicidade de fatores, dentre os quais o de natureza socioeconômico e cultural, dinamizando suas relações com a atenção médica visando o bem-estar das populações. Com a Constituição Federal de 1988 do Brasil, há um rompimento com a concepção de saúde pública, da predominância do biológico (STARFIELD, 2002).

Assim, a renda, emprego, meio ambiente e a educação interferem diretamente na saúde coletiva. A Organização Mundial de Saúde tornou mais amplo o conceito de saúde definindo-o como completo estado de bem-estar físico, mental e social. Com isso redefiniu-se as normas e diretrizes da atenção básica nas políticas de saúde em vários países, na tentativa de alcançar o padrão estabelecido para saúde pela OMS. (STARFIELD, 2002)

Essas políticas de atenção básica permitem dar resolutividade a um nível de atenção, onde se concentram a grande maioria dos problemas de saúde. Com isso foram criados diversos programas de saúde voltados a grupos específicos e adotados indicadores para monitoramento, sendo papel da saúde coletiva, compreender e interferir nesta dinâmica. (NUNES, 2006)

O arcabouço teórico voltado para atenção primária enfatiza que a mesma se constitui na porta de entrada de um sistema de saúde para todas as necessidades e problemas fornecendo atenção ao indivíduo e não a doença, organizando e racionalizando o uso de recursos voltados predominantemente para ações de promoção à saúde, mas também da manutenção e melhora da saúde. (NUNES, 2006)

Nessa linha ocorreu uma inversão das ações de saúde, passando de uma abordagem curativa centrada no médico, para uma abordagem preventiva e promocional, com envolvimento de outras especialidades.

Os princípios que regem a atenção primária à saúde, envolvem a qualidade prestada as necessidades de saúde da população, a intersetorialidade e a participação social. No entanto outros conceitos são fundamentais serem abordados para análise do objeto, como a territorialização, interdisciplinaridade e gestão participativa. (NUNES, 2006)

Esses conceitos fazem parte da concepção do Programa Saúde da Família, que no Brasil, foi adotado como modelo capaz de reestruturar a saúde pública, mais especificamente a atenção básica, direcionando-a no sentido da nova ordem mundial.

Estabelece dentre tantas outras coisas, a adscrição da clientela num território previamente delimitado, com áreas de abrangências bem definidas pela equipe de saúde da família, em que se desenvolve ações de saúde numa concepção interdisciplinar, onde diversos profissionais estão engajados e envolvidos no processo de prevenção, promoção, reabilitação e assistência curativa individual ou coletiva, divergindo do conceito hospitalocêntrico que lhe antecedeu (OHARA e SAITO, 2008).

O novo modelo, agora basicocêntrico, ou seja, centrado na atenção básica dos serviços de saúde, tem como característica a gestão participativa em que é conferida à população a possibilidade de ver suas necessidades mais prioritárias atendidas, participando ativamente das decisões no âmbito administrativo e legislativo, através dos Conselhos Municipais, paritariamente formados, com representantes dos usuários, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde (OHARA e SAITO, 2008).

Um novo modelo que se apresenta como alternativa, mas que necessita para sua implementação trilhar vários caminhos, tais como: a adequação curricular dos cursos de graduação da área de saúde tendo como destaque os relacionados à saúde comunitária; a capacitação dos profissionais que atuam diretamente com a concepção dos programas voltados para atenção primária; estimular uma participação mais efetiva da população criando estratégias para remover uma cultura voltada para o assistencialismo; e por fim sensibilizar os gestores à prática dessa nova forma de fazer saúde para que possam abandonar o velho e tradicional assistencialismo político (NUNES, 2006).

A maioria dos municípios, contudo, ainda não alcançaram os 70% de cobertura do PSF e nem sinalizaram com a melhoria dos indicadores de saúde, tanto da atenção quanto da vigilância, conforme os padrões preconizados pela OMS, apesar de mais de dez anos da sua implantação e de algumas conquistas na saúde materno-infantil (BRASIL, 2005).

No entanto, há polêmica sobre como medir o estado ou grau relativo de saúde. Existe uma forma objetiva e quantitativa, através dos indicadores epidemiológicos, outra que é subjetiva e qualitativa que é a intensidade e o gozo de viver das pessoas, de difícil mensuração, que vem a tornar ambas as razões de nosso estudo. (BRASIL, 2005)

A presente revisão da literatura inicia com uma abordagem da complexidade da estrutura urbana e do sistema de saúde dando ênfase ao processo de urbanização e suas conseqüências aos custos com a saúde curativa e a necessidade de mudanças dos paradigmas na relação saúde-doença.

Enfatizar-se-á os conceitos de Atenção Primária e Saúde Coletiva na abordagem de diferentes autores e Organizações em que se destacam pontos de convergência e divergências. Em seguida faz-se uma discussão de como a saúde pública foi tratada ao longo da história com destaque aos principais programas de saúde coletiva em cada fase. A revisão encerra com as mudanças nos programas de saúde coletiva a partir de 1990 com a implantação do PSF.

## 2.2. A complexidade da estrutura urbana

Maricato (2000) publicou um artigo sobre metrópoles brasileiras com o nome de Urbanismo na Periferia do Mundo Globalizado. Neste o autor em que faz um breve estudo do intenso processo de urbanização que o Brasil, como os demais países da América Latina, enfrentaram e continuam enfrentando com grande diversidade e heterogeneidade desde a segunda metade do século XX, especificamente no período compreendido entre 1940 a 2000. Nesse período a população das metrópoles brasileiras movida por necessidades de trabalho, educação, saúde e infra-estrutura, quadruplicou seu percentual nas cidades, passando de 26% em 1940 para 81% em 2000 (MARICATO 2000).

Esse processo foi evoluindo para uma reforma urbana, aonde a agricultura deu lugar, a partir de 1930, a industrialização que se estendeu até a segunda guerra mundial, com grande crescimento da produção. Consolidou-se nos anos 50 com a produção de bens de consumo duráveis, levando a uma massificação dos bens modernos, mudando a vida das pessoas, desde a ocupação urbana do solo ao interior das moradias, (MARICATO, 2000).

Os dados do IBGE apresentados por Maricato (2000) mostram que no período de 1940 a 1980 ocorreu um aumento do PIB brasileiro, com índices superiores a 7%, contrapondo com concentração de renda nas classes sociais médias e altas, possibilitando que o mercado não abrisse para maior parte da população. Nesse contexto não ocorreram iniciativas públicas para contornar o problema, em especial a questão fundiária urbana mais especificamente dos vazios urbanos, jogando a população para áreas completamente inadequadas.

Nas décadas de 80 e 90 em que as taxas de crescimento demográfico superaram as do crescimento do PIB e desencadearam a pobreza urbana, com multidões concentradas em morros, alagados, várzeas, dando início ao fenômeno da violência urbana de forma avassaladora e descontrolada e com ela vieram inúmeros problemas tais como as enchentes, desmoronamentos, poluições de todas as espécies, agressões ambientais e recrudescimento de doenças transmissíveis. (OHARA e SAITO, 2008)

Maricato (2000) destaca que embora as metrópoles continuassem a crescer, começou a ocorrer uma redução nesse processo. As metrópoles passaram a crescer menos que as cidades de porte médio com 100 a 500 mil habitantes e as periferias das metrópoles, por sua vez cresceram mais que os núcleos centrais e com isso um aumento das regiões pobres.

O intenso processo de urbanização ocorrido nas duas últimas décadas do século passado levou a uma mudança migratória, em que 80% da população passou a viver em cidades. As camadas mais pobres da população passaram a se concentraram nas periferias urbanas e favelas, em face de melhoria no acesso aos serviços de saúde, principalmente a partir do SUS, que estendeu a cobertura de serviços médicos sanitários a grandes contingentes da população brasileira, além de que a vida urbana permite, através dos meios de comunicação, melhor informação sobre qualidade de vida, o que provavelmente deve exercer um papel importante nas mudanças de hábitos saudáveis. (NORONHA, PEREIRA E VIACAVA, 2008)

Maricato (2000) enfatiza alguns aspectos positivos desse processo como a diminuição da taxa de mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer, que atribui a melhora das condições de saneamento, imunização e pré-natal. Porém coloca que essa melhora não foi de maneira homogênea, ou seja, algumas regiões não acompanharam os indicadores nacionais.

Em contraste, a autora destaca que a violência urbana, o desemprego, tráfico de drogas e as desigualdades e ilegalidades dos espaços metropolitanos contribuíram com indicadores negativos. Todos predispondo e decorrentes de uma segregação espacial em face de uma concentração territorial homogênea pobre, aliada a falta completa de atividades educativas, de regulação social e ambiental, infra-estrutura urbanística, tendem a estreitar a relação existente entre as condições socioeconômicas e a violência.

Guerra (2001) argumenta que a concentração urbana é mundial e que a forma acelerada e desordenada que se processa é que acarreta os mais diversos tipos de problemas numa cidade de porte pequeno, médio ou grande, embora com visões diferenciadas em suas especificidades territoriais.

Para Guerra (2001) esta concentração no Brasil atinge o patamar de 80% da população, porém constata que tudo aconteceu de maneira pouco planejada e com grandes conflitos tanto institucional, como tecnológico, acarretando inundações e impactos, provocando os mais variados tipos de problemas de saneamento e como agravante ressalta que tais problemas são tratados de forma isolada e de maneira não disciplinar.

Na prática, Guerra argumenta que além dos aspectos sociais e políticos deve ser levado em conta os de estruturação sócio-espacial, onde as áreas predisposta ao maior risco em todas as esferas são aos do segmento social menos favorecido permitindo deduzir que os seres humanos ao se concentrarem num determinado espaço físico contribuem e aceleram a degradação ambiental, não dando oportunidade de recompô-la.

A esse processo o autor chama de impacto decorrente de um processo natural de urbanização. Entende cidade como uma aglomeração urbana ou um espaço de assentamento urbano, de obras, estrutural e funções específicas traduzida como o centro da vida social e política, além de sua importância no que diz respeito a decisões administrativas, que se apresenta com múltiplos desafios.

Mota (1997) enfatiza o processo de urbanização no Brasil de forma acelerada, com grande diversidade e heterogeneidade. Ela faz referência a interiorização do fenômeno urbano. Segundo a mesma o rápido processo de urbanização no Brasil acarretou o crescimento das cidades médias, aumento da periferação dos centros urbanos, formação e consolidação de aglomerações metropolitanas e não-metropolitanas obrigando a uma reestruturação tanto na dinâmica migratória quanto na estrutura de emprego urbano.

A autora ainda ressalta que na maioria das grandes regiões geográficas há um saldo migratório negativo nas pequenas cidades comparando com os padrões nacionais. Diz que a taxa de urbanização no Brasil continua crescer e a sua rede deve ficar cada vez mais complexa muito em função do novo perfil produtivo e especificidade regional.

Para Mota (1997) se passa, então, a contemplar uma estrutura urbana diretamente relacionada com o ritmo de urbanização; o nível de adensamento da rede de cidades; e o grau de complementariedade entre os centros urbanos que a compõem, sempre correlacionado com o nível de desenvolvimento humano expresso pelos indicadores de renda, alfabetização e serviços humanos básicos.

Seu estudo atribui que o estágio atual de urbanização no Brasil é retratado pela interiorização da rede urbana, disseminação das aglomerações urbanas e existência de três grandes estruturas urbanas: Centro-Norte, Nordeste e Centro-Sul comandados por 13 Metrôpoles.

Mota (1997) destaca ainda que os principais problemas das cidades brasileiras são de ordem social, econômica e institucional, sendo que os de natureza social abrangem a pobreza, subemprego e desemprego e estão mais concentrados na periferia das aglomerações urbanas e grandes cidades, e que para se desenvolver ações de combate a pobreza se faz necessário considerar as aglomerações urbanas metropolitanas e não-metropolitanas, dando prioridades na área de habitação, saneamento, transporte urbano, equipamentos públicos e comunitários e não somente na distribuição de renda.

O autor ressalta que no âmbito econômico consiste na questão de competitividade das cidades brasileiras em relação a escassez de investimento na exploração das potencialidades existentes. Na esfera institucional os problemas são agravados pela inadequação de políticas de planejamento e gestão urbana.

Segundo este autor o padrão de urbanização do país retrata um grande número de pessoas que vivem precariamente e em desacordo com as normas urbanísticas vigentes, com acentuação das áreas informais a que se atribui ao aumento da ocupação de áreas periféricas pela população e em especial de baixa renda, e diz que a ineficácia e inadequação dos instrumentos de planejamento e gestão urbana acabam por induzir a segregação, pois permite o acesso de formas de habitação ilegal, que aliados aos problemas de infra-estrutura e segurança são cruciais a serem enfrentados.

Santos (2003) faz referência que a população urbana brasileira aumentou sete vezes em torno de 77% quase equiparando a população total de 1980, enquanto que a população brasileira apenas triplicou. Conclui dizendo que se acentuou no fim da segunda Guerra Mundial resultante de uma natalidade elevada e mortalidade diminuída atribuídos ao progresso sanitário e melhoria dos padrões de vida.

Veiga (2004) demonstra sua preocupação em que o processo de urbanização seja tão intenso e poderoso que provoque o desaparecimento histórico do que é rural e urbano. Faz uma abordagem global,

onde destaca os países que são considerados fortemente urbanizados como a Holanda, Bélgica, Reino Unido e Alemanha, em regiões essencialmente urbanas ultrapassando 30% e as rurais ocupando menos de 20% e as intermediárias 30 a 50%.

No extremo oposto relaciona países como a Austrália, Canadá, EUA, e Nova Zelândia, Irlanda, Suécia e Noruega, onde as regiões essencialmente rurais cobrem mais de 70% e a França, Japão, Áustria e Suíça, em que se tem seu território ocupando 50 a 70% em zonas essencialmente rurais. (VEIGA, 2004).

O autor destaca que nem sempre o desenvolvimento tem relação direta com a urbanização, onde muitas zonas rurais têm maior perspectiva de crescimento e desenvolvimento com elevadas rendas por habitante. Segundo Veiga (2004), no Brasil a definição de cidade é administrativa, onde todo município é cidade, permitindo um grande número com população com menos de 50 mil habitantes.

Nos demais países se usam uma combinação de critérios estruturais e funcionais, como a localização, o número de habitantes, de eleitores, moradias e densidade demográfica aliado aos serviços indispensáveis a cidade, tendo Portugal como o maior exemplo, pois exige no mínimo, para ser cidade o município ter 8 mil eleitores, além de ter hospital, farmácia, bombeiros, casa de espetáculo, centro cultural, hotéis, escolas, parques e transportes urbanos. (VEIGA, 2004)

Costa (2002) realizou um estudo sobre o ritmo de urbanização dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos onde fala do crescimento avassalador da população urbana em relação a população mundial, o qual atribui a revolução industrial como marco inicial.

Segundo o autor houve uma diferença no ritmo de crescimento entre os países do bloco dos desenvolvidos (31%) e os do grupo dos subdesenvolvidos (59,3%) fato atribuído a revolução industrial que provocou uma diminuição da mortalidade e êxodo rural.

Na Europa e América do Norte, esse processo aconteceu de forma mais lenta que na América Latina, Ásia e África devido a diminuição da taxa de natalidade em consequência da guerra e que atualmente essas taxas estão em declínio em todos os continentes. (COSTA, 2002)

Borsdorf (2003) argumenta que nas primeiras décadas do século XX as colônias espanholas do novo mundo, obtiveram sua independência e sofreram influência de imigrantes europeus em seu contexto cultural, socioeconômico. Ocorreu, então, uma mudança estrutural com o desenvolvimento do setor industrial, viário e de infra-estrutura.

O autor destaca também aspectos positivos e negativos do processo de urbanização, dentre os quais o de saúde e doença, no qual são abordados diversos aspectos de natureza física, psicológica, social e cultural, além de dar oportunidade a uma educação tanto do ponto de vista formal, quanto informal, permitindo modificar o curso de uma doença.

Enfatiza ainda o autor, os aspectos que dizem respeito às várias dificuldades encontradas no processo de urbanização que incluem uma gama de situações que vão desde as condições higiênicas, desorganização social e pessoal até aos de aspecto psicossomáticos e sócio-culturais.

Os países capitalistas adotaram o neoliberalismo influenciado pela globalização. Esse novo paradigma permitiu maior flexibilização alterando a vida dos cidadãos e, sobretudo exercendo influência na estrutura das cidades. Prossegue destacando as fases da urbanização que vai desde a época colonial (1820), passando por uma fase marcada por uma forte imigração européia, por volta de 1920, em seguida, em 1970, pelo êxodo rural e migração interna, até a cidade contemporânea no ano 2000 (BORSDFORF 2003).

### **2.3 A estrutura urbana e o sistema de saúde brasileiro**

Pereira (2003) argumenta que as cidades brasileiras incharam, mas não cresceram e grande parte delas ficou à margem do desenvolvimento proporcionado pela urbanização, permitindo que grande parte da população não tivesse acesso as condições de moradias decentes produzindo o favelamento e cortiçamento, desemprego e miséria, falta de saneamento, violência, consumo abusivo de diversos tipos de drogas tanto lícitas como ilícitas e em especial o stress urbano, capazes de desencadear diversos tipos de doenças tanto da esfera mental quanto física.

Nesse contexto, destaca-se o crescimento assustador das pessoas no âmbito da Previdência Social devido a tendência natural do emprego formal, fato que justifica o crescimento também dos números de acidente nesse setor aumentando a necessidade da assistência médica. Esse novo estilo de viver acarretou um aumento da incidência e prevalência de casos de hipertensão e infarto do miocárdio e doenças do tubo digestivo como gastrite e úlceras (PEREIRA, 2003).

O autor diz que esse processo teria desencadeado maior desenvolvimento no tocante as suas necessidades, no entanto com exigência dos mesmos padrões de atendimento, gerando tensões na esfera administrativa, que culminará com o aumento da assistência médica.

Nessa dimensão, Pereira (2003) explica que cresceu a incidência de mortalidade infantil, de doenças crônico-degenerativas, de natalidade na zona rural, de epidemias e contágios dos diversos tipos em face do aumento da densidade populacional que por sua vez predispõe aos mais diversos tipos de doenças relacionadas a falta de saneamento básico. Associado a essa nova realidade o autor cita os graves problemas relacionados a violência e enfermidades como as neoplasias, poluição atmosférica e ao risco alimentar .

Nunes (2006) defende a tese de que o capitalismo permitiu que a medicina privada passasse a ser coletiva, contrariando a maioria dos autores, e justifica tendo como foco embrionário a política médica da Alemanha, a medicina urbana na França e a medicina da força do trabalho na Inglaterra. Em função do eminente movimento revolucionário que se deu a preocupação com a medicina social, ou seja, o caráter social da medicina e da doença.

Nesse contexto, alguns autores já davam destaque a relação da medicina com assuntos públicos passando a agrupar algumas especialidades médicas voltadas para a saúde pública, policia médica e medicinal legal como parte da medicina social, onde a prática médica era vista com totalidade desde as ações curativas como preventivas.

Esse processo inicial declinou no início do século XIX com a descoberta bacteriológica, em que a revolução social da medicina deu lugar a revolução científica. Continua informando que o renascimento da medicina social somente aconteceria no início do século XX na Alemanha e que se estendeu a toda América latina (NUNES 2006).

O autor explica que a partir de 1960 começaram os primeiros passos para um projeto preventivista, tendo se iniciado pelas escolas médicas e a proposta do planejamento em saúde ainda que de forma economicista. Esse período é marcado por várias mudanças políticas e muitas de natureza ditatorial. Relata que com apoio da Organização Pan- americana de saúde se passou a rediscutir os conceitos da origem de saúde coletiva, através de criticas ao modelo biomédico, com ênfase a um processo pedagógico com perspectiva biopsicossocial do individuo ensejando o surgimento de novos defensores voltados para essa preocupação.

Nunes (2006), ainda argumenta que a atenção primária à saúde é uma criação pós- modernidade com raízes fincadas no século XIX e nos anos 70 quando se inicia sua prática discursiva na tentativa de explicar os fenômenos humanos e sociais. Com isso realizou diversos estudos mostrando a relação do campo social na área da saúde destacando que a medicina é uma prática social.

Para Nunes (2006), a medicina social surgiu pela união do movimento de trabalhadores, estudantes e organizações populares grupos de acadêmicos e investigadores de campo da saúde descontente com o modelo econômico desenvolvimentista na década de 60 na América latina devido a limitação da saúde pública.

Segundo o autor, na época, apesar do crescimento econômico houve uma deteriorização da saúde pública. Com o desenvolvimento há um crescimento dos indicadores macroeconômicos dos países latino-americanos com destruição dos indicadores sociais. No entanto, 1970 foi o ano que a saúde coletiva começou a se estruturar iniciando pela formação dos recursos humanos e na formulação de projetos de pesquisa.

Nesse período, o autor comenta que ocorreu a expansão de uma corrente voltada para medicina social protagonizada pela Organização Pan- Americana que tiveram como parceiro Organizacional não Governamental que auxiliaram na publicação de vários livros relacionados ao tema. A OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), em 1976 definiu que a medicina social tem como objeto de análise as práticas e conhecimentos de saúde relacionados com a sociedade (NUNES, 2005)

As transformações ocorridas na produção, condições de vida e trabalho levaram a um aumento das enfermidades crônicas e degenerativas e dos acidentes de trabalho, culminando com o início da coexistência da relação enfermidade e pobreza e riqueza (desigualdade social), além das dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Nesse período coincide com o crescimento da capacidade tecnológica de diagnóstico, mas houve uma diminuição do acesso da população, além do crescimento com os gastos com a saúde (NUNES, 2005)

A Declaração de Alma Ata reuniu na antiga União Soviética, em 1978, diversos países para tratar da Conferencia Internacional sobre cuidados primários de saúde por expressar a necessidade de todos os governos promoverem a saúde de todos os povos do mundo enfatizando um conceito abrangente de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não especificamente associado a doença e com meta

mundial e envolvimento de diversos setores diferentes de saúde, objetivando diminuir a lacuna existente entre os países desenvolvidos e não desenvolvidos (STARFIELD, 2002)

Esses cuidados primários com a saúde constituem-se na oportunidade para que essa meta seja atingida baseado em técnicas e métodos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis ao alcance de todos os indivíduos e aponta que os cuidados da atenção primária envolviam os principais problemas da saúde da comunidade proporcionando proteção, cura, reabilitação desenvolvidas por meio da educação no tocante aos problemas de saúde, agricultura e pecuária, habitação sempre com a participação da comunidade (STARFIELD, 2002).

Segre (1997) questiona o atual conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde: "situação de perfeito bem estar físico, mental e social da pessoa, o qual considera ultrapassada por visar uma perfeição inatingível diante das condições inerentes da personalidade das pessoas. Revê a noção de qualidade da vida sob uma ótica anti-positivista. Para o autor trata-se de uma definição irreal, como uma utopia, visto que não existe a perfeição, que é estudada numa forma subjetiva e que não pode ser mensurada. As situações divergentes do homem com a sociedade faz parte do seu cotidiano e cita Freud que refere a felicidade com um aspecto impossível de ser alcançado, pois entre indivíduo e a civilização sempre existe uma zona de tensão.

O autor enfatiza ainda que o conceito da OMS está ultrapassado por dar destaque ao físico, mental e social devido não haver uma divisão entre o psíquico e o somático visto que estão inter-relacionados, situação, essa, agravada pela deteriorização da relação médico-paciente.

Segre (1997) inclui ainda que o conceito de qualidade de vida, onde a qualidade é avaliação individual e subjetiva e não existe rótulo colocando em evidências a avaliação dos indicadores da saúde pública de análise doença, mas fora do contexto da OMS. Tal subjetivismo não permite fazer comparações e nem estabelecer padrões definidos de qualidade de vida.

Starfield (2002) defende e define a atenção primária como o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, continuado por um período longo e que corresponde as necessidades de saúde das pessoas, produzindo melhores resultados em saúde, custos mais baixos e maior equidade de saúde.

Ducan (2004) conceitua atenção primária como uma resposta as necessidades de saúde da população realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção à saúde e se dedica aos problemas mais freqüentes que se apresentam em fases iniciais de e forma continuada e devem se constituir na porta de entrada ao sistema de saúde.

Por ocasião do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família ocorrida no Brasil, em 2000, na cidade do Distrito Federal, foram abordados os desafios para adoção e implementação de um modelo de saúde consensual com a nova ordem mundial. Esse evento contou com representantes da Secretaria Executiva do Programa Comunidade Solidária, Organização Pan-Americana de saúde, UNICEF, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e diversos representantes de países do continente latino-americano e europeu (BRASIL, 1999).

No referido seminário, foi ressaltado as necessidade da unificação da Saúde centrada na qualidade dos serviços para que seja prestado um atendimento digno através da melhor aplicação dos recursos para cumprir em parcerias entre o setor público e privado os valores do custo efetivo, equidade, qualidade e relevância (BRASIL, 1999).

Destacou-se neste seminário que o processo em que a atenção primária em saúde exerce influência significativa nas reformas dos sistemas de saúde da América Latina em conformidade com o slogan "Saúde para todos no ano 2000" lançado pela Organização Mundial de Saúde com base nas definições estabelecidas pela Conferencia de Alma Ata em 1978. Diz que através da Atenção Primária à Saúde se conseguirá aumento de cobertura dos serviços de saúde através da descentralização dos serviços, e da participação social (BRASIL, 1999).

Foram enfatizadas as vantagens da adoção de uma nova prática de saúde que privilegiasse a atenção integral, dando ênfase ao programa voltado ao âmbito da saúde coletiva num processo de parceria com Instituições voltadas a desenvolver essa prática (BRASIL, 1999).

Foi destacada a necessidade de uma política de capacitação de recursos humanos para dar qualidade às ações de programas voltados para saúde coletiva e adoção de práticas que sejam transformadoras e apontou a descentralização como um instrumento fundamental nesse processo considerando a lógica da responsabilidade sanitária de cada esfera municipal e apenas um programa voltado para a prática de saúde coletiva permitiria dar maior resolutividade e qualidade a saúde (BRASIL, 1999).



Em seguida, o seminário também mostrou que é necessidade fundamental a adoção de um sistema de saúde voltado para Atenção Primária para que se consiga limitar o acesso aos altos custos tecnológicos da assistência secundária para que todos tenham acesso.

Houve referência a importância da qualificação dos recursos humanos como trivial para obtenção de um serviço com qualidade dentro da esfera da saúde coletiva. Foi enfatizado que o modelo cubano prioriza a prática da Atenção Primária salientando a importância de estreitar os laços da docência com a saúde para que se estabeleça um compromisso de qualificação dos recursos humanos que irão atuar no desempenho das ações do Programa de Saúde Coletiva, além de permitir que a relação médico/habitante seja superior aos de diversos países (BRASIL, 1999).

Durante o seminário chegou-se a um ponto de concordância de que o Brasil tem muito a aprender com os erros do seu país, onde o maior problema é com o custeio da saúde que é bastante elevado e o coloca como um dos mais elevados do mundo, fazendo necessitar urgente de adoção de medidas para conter esses gastos, onde o número de especialistas superou o de generalistas e o contínuo uso da tecnologia da tecnologia gerou um custo muito elevado da medicina, mas a qualidade do atendimento não cresceu. A assistência primária existe, mas não está disponível em todas as cidades pequenas e no interior do país (BRASIL, 1999).

Além disso, foi dado destaque ao sistema de saúde de Cuba que já está priorizando algum tempo a Atenção Primária, com resultados positivo em relação a diversos indicadores de saúde e que devido um grande investimento na formação dos profissionais que se utilizam de uma metodologia de trabalho específica para saúde coletiva. (BRASIL, 1999)

Na oportunidade foi falado no seminário da importância do Programa Saúde da Família como instrumento capaz de reorganizar a saúde coletiva, que no Brasil já vem tomando dimensões cada vez maiores, irreversível com impactos concretos na redução da mortalidade infantil, nas internações hospitalares (BRASIL, 1999).

Ao final foi lembrado que o Programa Saúde da Família deva ser priorizado e não deve ser visto como uma atividade tipicamente rural ou voltada exclusivamente para a pobreza. Concluiu que a base de atuação são os Estados e Municípios e que a formação dos recursos humanos é primordial juntamente com a participação da sociedade (BRASIL, 1999).

Zucchi (2000) leva a refletir as razões que levam ao crescimento dos custos com a saúde principalmente nos países desenvolvidos como os EUA em que prevalece o valor de mercado, diferentemente da Europa, que estabelece regulamentações na tabela dos serviços de saúde prestadas à população. Segundo o autor os países desenvolvidos gastam mais desde a década de 70 coincidindo com a época da expansão econômica e progresso social caracterizados pelos benefícios destinados aos trabalhadores e acesso aos serviços inter-relacionados ao aumento da expectativa de vida, crescimento populacional e progresso tecnológico e científico.

O autor prossegue dizendo que tal situação teria ensejado a necessidade de uma diminuição da desigualdade entre o grupo populacional dos países desenvolvidos e os do grupo dos países em desenvolvimento provocando a elaboração de estratégias que viesse a estimular a equidade perante os povos e conclui dizendo que a medicina cara não é necessariamente boa e que a boa medicina não é necessariamente cara.

Paim (2003) que escreveu sobre Políticas de Saúde no Brasil, diz que a preocupação com a saúde da população e a adoção por parte do governo de medidas para controle sanitário vem desde a antiguidade bem antes da Revolução Industrial e que o surgimento da medicina social no século XIX apenas dava indícios do estabelecimento da relação entre saúde e sociedade, que se aprofundou na América Latina na década de 70 do século XX com uma estruturação voltada mais para movimentos sociais diante do Estado.

O autor prossegue definindo Políticas de Saúde como diretrizes e planos de ação, além da participação do Estado sobre a participação social. Coloca que na prática Política de Saúde se trata de uma ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social aos diversos problemas de saúde.

Neste contexto, relata a evolução da saúde pública brasileira dividindo em etapas a saúde no Brasil: A República Velha no período compreendido 1889 a 1930 onde predominava as doenças transmissíveis e endemias rurais. Nesse período, diz que o acesso aos serviços de saúde era difícil, onde os trabalhadores do campo que representavam a maior parte da população e também os da cidade tinham dificuldades para conseguir atendimento que nessa época privilegiava apenas aqueles que podiam pagar ou por intermédio de caridade.

Neste período o Estado não interferia na saúde exceto se a iniciativa privada e o indivíduo sozinho não conseguisse resolver os problemas. Com a industrialização ocorreu um prejuízo na qualidade de vida da população obrigando a uma busca pela criação do sistema previdenciário na tentativa de melhorar as suas condições de saúde, através da normatização, organização e produção de serviços (PAIM, 2003).

No entanto, o autor ressalta que a verdadeira preocupação com os problemas de saúde estavam voltados a interesses específicos diretamente relacionados com a economia, tais como a insalubridade nos Portos, endemias rurais e saneamento urbano. Os quadros epidêmicos eram contidos, mas não se dava continuidade às ações e se desconfigurava a idéia de direito à saúde. Havia na verdade ações de prevenção em forma de polícia, ou seja, de intervenção imediata, sem nenhum planejamento.

A resposta social veio com a luta pela criação das Caixas de Previdência e a implantação do novo regulamento das novas Diretorias do Departamento Nacional de Saúde Pública configurando uma conjuntura dicotômica entre saúde pública e previdência social separando as ações de prevenção e controle de doenças da população e da medicina individual previdenciária, filantrópica e liberal, de outro. (PAIM, 2003)

Na Era Vargas compreendida de 1930 a 1964, predominou as doenças da pobreza (infecciosas, parasitárias, deficiências nutricionais); e aparecimento das morbidades modernas (doenças do coração, neoplasias e violência), e também uma redução da mortalidade e aumento do envelhecimento da população, todas decorrentes do desenvolvimento tecnológico e científico devido ao processo de industrialização acelerado e como conseqüência o crescimento populacional urbano também decorrente do êxodo rural. (PAIM, 2003)

O autor prossegue informando que a Saúde Pública se institucionaliza na esfera federal com a criação do Ministério da Educação e Saúde, enquanto a medicina previdenciária e a saúde ocupacional se vinculavam ao Ministério do Trabalho, onde a organização dos serviços de saúde no Brasil passou a se desenvolver, no âmbito estatal, em saúde pública, previdenciária e do trabalhador e fracionada no setor privado, medicina liberal, hospitais beneficentes ou filantrópicos e lucrativos (empresas médicas).

Relata que as organizações dos serviços de saúde não se limitavam às ações de polícia sanitária e das campanhas que caracterizavam a Velha Republica, mas na educação sanitária que passou a ser valorizada, além das campanhas de controle a doença na esfera Ministerial. Os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho tiveram sua previdência consolidada através das Instituições Previdenciárias que também foram ampliadas aos trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos e a medicina se exercia sob a modalidade liberal para os segmentos da população que podiam pagar pelos serviços. (PAIM, 2003)

O período de Autoritarismo compreendido de 1964 a 1984 informa que as condições de saúde da população brasileira permaneceram críticas, com aumento de diversas doenças endêmicas e piora da mortalidade infantil. O perfil epidemiológico refletia a predominância de enfermidades moderna com a morbidade da pobreza, tais como as enfermidades do aparelho cardiovascular que passou a ser a primeira causa de morte. (PAIM, 2003)

Houve melhoria do quadro sanitário, e o modelo econômico adotado concentrava a renda, reforçava as migrações do campo para a cidade e acelerava a urbanização sem garantir investimentos necessários para infra-estrutura urbana como saneamento, transporte, habitação e saúde. As políticas de saúde privilegiavam o setor privado mediante compra de serviços de assistência médica. Nesse sentido ocorreu a unificação dos Institutos de Previdência e Pensões com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que passou a ser responsável tanto pelo benefício como pela assistência médica dos segurados da previdência e seus familiares (PAIM, 2003).

O autor diz que houve, também, extensão da medicina previdenciária para a população rural, e a crise do setor saúde foi caracterizada pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia aos serviços o que provocou a realização da V Conferência Nacional de Saúde realizada em 1975. Surgiram inúmeros Programas de Saúde como Programa Nacional de Serviços básicos de saúde, que se tratava de ações voltadas para atenção primária de saúde, a participação da comunidade, regionalização e hierarquização de serviços, o sistema de referencia e contra-referência, integração das ações preventivas e curativas, mas que foi boicotado pela pressão do setor privado.

Em 1982 foi criado o CONASP Conselho consultivo de administração da saúde previdenciária que implantou medidas racionadoras que atravessaram a saúde pública e a medicina previdenciária, mas que não causaram impacto na saúde nem para orientar o modelo privatista. Com a organização da classe operária do ABC, o movimento sanitário articulados por trabalhadores, acadêmicos, profissionais de saúde

e setores profissionais de saúde e populares, propuseram, após fazer críticas ao modelo médico-hospitalar vigente na época, uma nova forma de pensar e fazer saúde. (PAIM, 2003)

Para Paim (2003) com a *Nova República*, no período 1985 a 1988, o autor relata que houve uma redução da mortalidade infantil e das doenças imunopreveníveis e manutenção das do aparelho circulatório e neoplasia como principais causas de mortalidade e um aumento das mortes violentas, além do crescimento dos casos de AIDS, epidemias de dengue em vários municípios. Ocorreu uma difusão da proposta da uma reforma sanitária debatida durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde, onde foi ampliado o conceito de saúde, reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, criação do SUS, participação popular, constituição e ampliação do orçamento social. Através de uma proposta abrangente de mudança social e transformação sanitária, que veio a se consolidar com a Promulgação da Constituição Federal de 1988.

Bertolozzi (1996) estruturou seu artigo sobre Políticas de Saúde do Brasil resgatando uma divisão didática utilizada por Rossi (1980), distinguindo em períodos, onde faz comentários específicos de cada um dando ênfase aos aspectos mais relevantes, que a seguir são apresentados: O Período Colonial, onde o Brasil era submetido econômico e politicamente a Portugal e a exploração econômica privilegiava o ciclo do Pau-Brasil, cana de açúcar, mineração e do café. Não existia Sistema de Saúde estruturado, apenas foi constituída a Academia Real de Medicina Social, na Bahia, visando a proteção da saúde da população e defesa da ciência. A saúde pública no Brasil era fundamentada no sanitarismo mais urbanizado, porém em forma de campanha que deixavam de existir assim que o episódio era controlado.

Para o autor o período denominado Primeira República (1889) até a Revolução de 30, foi marcado pela hegemonia do café com predomínio dos grupos oligárquicos regionais, aumento da imigração européia devido à abolição da escravatura. Foi um período assinalado pela falta de Políticas Sociais e de Saúde acarretando o surgimento de várias epidemias especificamente a febre amarela e peste bubônica. A questão sanitária era na verdade uma questão política com a elaboração de leis para realização de ações de saúde coletiva, como a imunização contra a varíola, tendo como característica o sentido militarizado das ações, então foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública com objetivo de ampliação dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, onde a saúde passou a ser pensada como uma questão social e houve necessidade de difundir a educação sanitária como estratégia para promoção de saúde.

Havia uma luta dos trabalhadores para organização das Caixas de Aposentadoria (CAPS) embrião do seguro social, que acabou se concretizando através da Lei de Elói Chaves, que já nasceu como direito contratual e não de cidadania e com a Revolução de 1930, decorrente da crise econômica, houve modificação na estrutura oligárquica que ensejou o êxodo rural devido ao processo de industrialização e urbanização. Ocorreu piora das condições de vida surgiram mais surtos epidêmicos, foi quando começou a se delinear uma Política Nacional de saúde com a criação do Ministério da saúde e da Educação com cobertura de certos segmentos de trabalhadores. (BERTOLOZZI, 1996)

No campo da saúde pública, o autor cita a preocupação era com uma estrutura sanitária mínima e com infra-estrutura necessária para suportar a migração, mas que se tratava de um modelo dispendioso tendo em vista a aceleração do ritmo industrial e a inflação advinda provocou uma degradação da qualidade de vida aumentando a necessidade de assistência médica e exigindo do Instituto de Aposentadoria e Pensão a prestarem esse serviço. Com o Populismo de 45 e 60, e com a crise econômica e política agravada com o final da segunda grande guerra e com a queda de Getulio Vargas, que culminou com a liberação do regime político caracterizado por uma ampla reforma que envolveu a instalação de um pacto social e na política interna aconteceram medidas intervencionistas governamentais e na política externa uma forte aliança com os EUA. A questão de saúde foi estabelecida como prioridade juntamente com a alimentação, transporte e energia.

O autor continua dizendo que a assistência médica se estendeu aos Institutos de Aposentadoria, pois criação do Ministério da Saúde, não tinha força e recursos para atuar e ocorreu a segunda etapa do processo de industrialização com vultosos investimentos e com entraves de natureza política no tocante a corrente nacionalista que combatia o capital estrangeiro e o desenvolvimentista que defendia a expansão industrial, a qual prevaleceu. Em seguida surgiram os primeiros serviços médicos próprios da empresa configurando uma medicina de grupo.

O período que vai de 1960 até o fim da ditadura militar, que coincidiu com a renúncia de Janio Quadros na Presidência da República e a posse de João Goulart, que marcaram politicamente o início dessa época, que possibilitou em 1963 ser realizada a III Conferência Nacional de Saúde que definiu como

ideologia a saúde e desenvolvimento econômico baseado na racionalidade do planejamento, na produtividade e distribuição de riquezas com participação ativa do Ministério da Saúde no orçamento global da União e com o golpe militar de 64 houve extinção de todas as Organizações que exigissem reformas, ensejando o movimento sanitário no interior das Universidades, pois os trabalhadores não mais teriam poder decisório das Políticas de Saúde (espaço de contestação), acarretando aumento da produtividade e da jornada de trabalho com baixo poder aquisitivo do salário mínimo e elevada concentração de renda. (BERTOLOZZI, 1996)

Explica que com a adoção do modelo econômico norte-americano da prática do planejamento capaz de provocar intervenções em todos os setores estimularam as privatizações dos serviços médicos através da compra de serviços da Previdência, cuja palavra de ordem era descentralização das atividades. Houve intervenção nos Institutos de Aposentadoria suspendendo a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde, levando a criação do INPS que unificou todos os Institutos concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada e esse período se caracterizou por uma intensa concentração de renda e abertura econômica e cada vez mais acentuou a distancia entre ricos e pobres. Ocorreu uma expansão da cobertura da assistência médica aos trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos e casos de acidente de trabalho.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social reforçando ainda mais o modelo assistencialista e curativo. Em 1975, com a V Conferência Nacional de Saúde foi criado o Sistema Nacional de Saúde com definições de responsabilidades Institucionais cabendo a Previdência Social a assistência individual e curativa enquanto que os cuidados preventivos ficaram na responsabilidade do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (BERTOLOZZI, 1996)

Para o autor com o recrudescimento de várias doenças infecciosas e crescimento das doenças crônicas e degenerativas aumentou a demanda de consultas médicas ambulatoriais que obrigou a criação de vários programas de saúde voltados na teoria para a prática preventiva, que em 1977 houve a efetivação do movimento burocrático administrativo na tentativa de reordenar o Sistema de Saúde com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social que congregou diversas entidades previdenciárias e que fracassou no seu objetivo.

No início dos anos 80, a crise financeira do setor da saúde que se expressava na seguridade social e no modelo privatizante surgiu a proposta do movimento sanitário que pretendia difundir um novo paradigma científico com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde e doença. Através disso se buscou compreender processos como a determinação social da doença e a organização social da prática médica. Como consequência se adotou um Programa Nacional de Serviços Básicos com a finalidade de reestruturar e ampliar os serviços de saúde, saneamento e habitação estimulando a Atenção Primária a ser a porta de entrada do sistema de saúde colocando como pressuposto básico a participação comunitária e a regionalização por área e população. (BERTOLOZZI, 1996)

O autor afirma que de imediato o plano não foi aceito por ser considerado progressista e foi constituído o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que reorientou as ações e reduziu os custos da assistência médica, porém não contemplou a participação dos trabalhadores de saúde e da comunidade e priorizou a assistência ambulatorial, regionalização e hierarquização do sistema.

A Nova Republica até a atualidade, onde o processo de reforma sanitária desencadeada por intelectuais e profissionais do movimento sanitário impulsionava a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e ao contrário de outras Conferências que discutiam as questões de caráter essencialmente técnico, passou a ter uma temática direito à Saúde, Sistema de Saúde e financiamento, participação da sociedade civil e foi Proposto um pacto político na criação do SUS tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde colocando como um dos direitos dos cidadãos e um dever do Estado (BERTOLOZZI, 1996).

E concluiu dizendo que o Estado se antecipou a criação do SUS implantando por decreto o SUDS que incluiu a redução da máquina previdenciária do nível estadual e transferência dos serviços de saúde para esfera municipal com gestor único.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito de todos e como dever do Estado garantindo a população acesso universal e igualitário aos serviços de prevenção e assistência à saúde, e adotou o Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir esse direito (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde é constituído por diversas Instituições Públicas, tais como as Secretarias Estaduais e Municipais e agências reguladoras, onde através da Constituição Federal realiza a

regulamentação, fiscalização e controle. As Instituições, Jurídicas que fazem parte do SUS tem como objetivo os Princípios e Diretrizes estabelecidos na Constituição Federal e pela Legislação Sanitária do Brasil, a qual define a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde e acesso universal e a Constituição Federal através da Lei 8080/90 do SUS lembra que o dever do Estado deve ser complementado com o de cada indivíduo que tem responsabilidade individual e coletiva. (BRASIL, 2006)

O SUS que é uma Instituição Jurídica e que pertence ao Direito Sanitário dispõe de princípios e diretrizes que norteiam todas as demais Instituições que participam do sistema e o artigo 198 da Constituição Federal define o SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde e atribui ao poder executivo de cada unidade federativa e fazer essa tarefa. (BRASIL, 2006)

A Constituição Federal em seu artigo 196 que o Estado deve garantir o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde de forma igualitária, sem discriminação de qualquer natureza e gratuitamente. Outro princípio constitucional importante é o da regionalização que decorre do processo de descentralização das ações fundamentada na cooperação entre entidades federativas buscando tornar o sistema consolidado e eficiente. (BRASIL, 2006)

Para que isso aconteça existem dois instrumentos normativos que tem importância no direito sanitário devido ao pacto entre a União, Estado, Distrito Federal e Municípios, que são a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96 de 2.203 de 5 de Novembro de 1996), e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 1/2002, aprovada pela Portaria GM nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002). Uma vez definidos os grandes princípios do SUS, o artigo 196 passou a estabelecer diretrizes em que o sistema deve trilhar, sendo que o artigo 198 da Constituição Federal diz que o Sistema Único de Saúde deve ser organizados com a diretriz da descentralização com direção única em cada esfera do governo, também disposta no inciso IX do artigo 7º da Lei 8.080/90 respeitando o processo de regionalização e hierarquização da rede de serviços. (BRASIL, 2006)

A Constituição estabelece como segunda diretriz o atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas em seu artigo 7º da Lei 8080/90 inciso I e II. Se constitui num instrumento de cidadania, em que o Estado tem de oferecer todos os recursos para prevenção e restabelecimento da saúde tanto individual como coletiva e a terceira diretriz prevista na Constituição e reforçada pela Lei nº 8.142/90 é a participação da comunidade efetuada através dos Conselhos de Saúde legalmente constituído nas Conferências de Saúde, nas esferas Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2006)

Ficaram definidas algumas competências do SUS na Constituição Federal em seu artigo 200, incisos de I a VIII como controlar e fiscalizar procedimentos, medicamentos, imunobiológicos e hemoderivados, que são ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Nesse contexto a Lei nº 8.080/90 também faz referência à saúde do trabalhador, que são atividades voltadas para proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores decorrentes de sua atividade. (BRASIL, 2006)

Com a finalidade de promover e consolidar o Sistema Único de Saúde, as Normas Operacionais Básicas surge buscando criar situações para reordenar esse modelo de atenção à saúde definindo os papéis de cada esfera de governo, os mecanismo de fluxo e financiamento e o vínculo dos serviços com seus usuários, privilegiando a família e a comunidade criando condições para o controle social. (BRASIL, 2006)

As Normas Operacionais deu atenção ao campo da assistência, meio ambiente e as políticas de saúde dando ênfase aos determinantes sociais do processo saúde/doença da coletividade correlacionando o emprego, habitação, educação, qualidade do alimento e lazer, ou seja, preferencialmente as ações de caráter preventivo. (BRASIL, 2006)

A NOB 96 criou instancias de articulação entre gestores e os diferentes níveis do sistema definindo dois colegiados: a Comissão Intergestores Bipartite na esfera estadual e Tripartite na federal, sendo que a Tripartite é constituída paritariamente por representante do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems); a Bipartite por representante da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho de secretários municipais de saúde, onde são formalizadas as decisões dos órgãos equivalentes. (BRASIL, 2006)

Ohara (2008), diz que para organização do que a Constituição Federal estabelece em seu artigo 196 que trata a saúde como direito de todos e dever do Estado define como diretrizes a descentralização como direção única, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade.

O autor faz uma referencia dos princípios e diretrizes do sistema único de saúde, onde cita como princípios éticos doutrinários, a universalidade, que é o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência sem discriminação; a integralidade da assistência como atenção sobre as diferentes dimensões de

necessidades do ser humano; equidade, sendo o restabelecimento do desequilíbrio entre a saúde e a doença entre grupos populacionais.

As diretrizes organizacionais, capazes de imprimir uma racionalidade as necessidades dos cidadãos a descentralização, com ênfase na municipalização da gestão, visto que autonomia aos municípios de gerir suas próprias ações de saúde; a regionalização com ênfase na Programação Pactuada Integrada dos recursos e capacidade instalada entre os municípios circunscritos; a hierarquização que se caracteriza pelo fluxo adequado dos usuários no sistema. (OHARA, 2008)

Para o autor as Normas Operacionais Básicas (NOB) que foram adotadas para dar sustentabilidade ao que preconiza as Leis Orgânicas da Saúde dentro da Constituição, que terminaram por agregar um conjunto de Leis e decretos. É o caso da Norma Operacional de Assistência à saúde de 2001/2003 que estabelece diretrizes para o processo de regionalização e modelos de gestão de saúde e do Pacto pela Saúde em 2006 que estabelece metas e compromisso para cada esfera de governo definindo três eixos o pacto pela vida; pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

Para garantir a proteção ao cidadão o que preconiza a Constituição Federal de 1988 do Brasil, com a proposta de descentralização visando alcançar uma cidade saudável foi que surgiu a proposta de um Programa de saúde coletiva vinculado aos agentes comunitários de saúde (PACS) em que predominava ações de Vigilância Epidemiológica, nas imunizações e outros procedimentos sem a participação do médico e a seguir o Programa Saúde da Família, que surgiu como política para responder vazios assistenciais na atenção primária e como centro de estratégia para consolidar o SUS e reestruturar a atenção básica. Modelo assistencial que, que tem como diretrizes a universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e controle social como norteadores de suas ações (DUNCAN, 2004).

O autor argumenta que o Programa Saúde da Família nasceu em 1994 com a finalidade de reestruturar a Atenção Primária à Saúde peculiar do Sistema Único de Saúde brasileiro, baseado em equipes de multiprofissionais constituído por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro seis agentes comunitários de saúde e um odontólogo, que atuam em territórios rurais e urbanos, com limites geográficos definidos.

Segundo Ducan (2004), a Estratégia Saúde da Família é estruturante do SUS, com modelo para reorganizar a atenção primária, tem com os mesmos princípios Doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade; e mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular; priorizando as ações de prevenção e promoção da saúde, tendo o coletivo como seu foco de atenção. Entende que o indivíduo estão inseridos em famílias e esses em um grupo populacional e que o processo saúde e doença é determinado socialmente e esse modelo está em pleno processo de desenvolvimento.

O autor prossegue relatando que antes do início da implantação da ESF houve outros modelos na tentativa de superar a lógica do biológico, como a proposta Em defesa da vida unindo o Laboratório de Planejamento e Administração em saúde na UNICAMP e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, a Ação Programática em Saúde elaborado por professores de medicina da USP no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa e a proposta dos Sistema Locais de Saúde difundida pela Organização Pan-americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde no Brasil principalmente no Estado do Ceará e Bahia.

Dentre todas as experiências anteriores, dava-se preferência a um modelo técnico-assistencial que não fosse centrado na figura do médico e dentro dos princípios do SUS.

Ohara (2008) destaca a territorialização como base para organização e planejamento em saúde, considerando o território como um espaço considerável de terra, área geográfica de uma unidade federativa com conflitos e interesses diferenciados, que permite uma análise mais pormenorizada da região. E o objetivo da territorialização da saúde é delimitar uma área de abrangência, definindo a população adscrita e conhecer o perfil epidemiológico, social e sanitário, ambiental, identificando os fatores condicionantes e determinantes de saúde e estabelecendo com a comunidade um vínculo capaz de estabelecer prioridades nas ações que se fizerem necessárias.

A questão central pesquisa foi a investigação da efetividade do Programa Saúde da Família em duas zonas urbanas a partir da análise duas equipes de Saúde da Família localizadas no município de Ananindeua e de Santa Bárbara zona urbana, a partir da análise da concepção e estrutura de suas ações para entender se na prática suas ações estão em conformidade com o que preconiza as diretrizes do Sistema Único de Saúde superando o modelo assistencialista tradicional em que as atividades curativas eram priorizadas.

### 3 Sistema Único de Saúde e Programa Saúde da Família

A política de saúde no Brasil começou a ser rediscutida com maior ênfase a partir da década de setenta em decorrência de uma crise que abrangia a ineficiência do serviço de saúde que privilegiava a medicina tecnológica com custos crescentes e a participação da medicina privada direcionada para o lado mercantilista, apesar da implantação de vários programas de extensão de cobertura de serviços de saúde tanto no plano rural como urbanos voltados, prioritariamente, para a assistência à saúde e previdência (BRASIL, 2006).

O SUS nasceu devido a um avanço das lutas democráticas brasileiras pela reforma sanitária que se intensificou na década de 70 e 80, embalada pelo aprofundamento da crise econômica e instalação definitiva do processo de redemocratização (PUSTAI, 2006).

As políticas de saúde no Brasil passaram por diversas conjunturas estruturadas inicialmente por um modelo segmentado entre ações preventivas, assistencialistas e previdenciárias, posteriormente um modelo médico-assistencial privatista até o atual modelo de saúde voltado para mudança de paradigma, um modelo prevencionista (PAIM, 2003).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida e garantisse a cidadania (Conferência Nacional de Saúde, 1986). Durante essa foram aprovados dispositivos para a Constituição Federal inspirados nos princípios da integralidade, equidade, descentralização e participação (BRASIL, 2006).

Essa Conferência foi a grande matriz da Reforma Sanitária no Brasil que ensejou a construção de um sistema único de saúde, com problemas concretos e identificados, com propósitos de enfrentá-los, seja pelos usuários, trabalhadores de saúde, gestores ou prestadores de serviços, porém com participação paritária de cada segmento da sociedade (BRASIL, 2006).

O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS, fundamentada na promoção da saúde no sentido sócio-sanitário, levando em consideração o envolvimento de diversos aspectos deste processo tais como: violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, dificuldade de acesso a educação (BRASIL, 2009).

Significou uma nova fase de participação social nas Políticas Públicas de Saúde, que se consolidou com a promulgação da nova Constituição, em 1988, e sua regulamentação com a Lei Orgânica da Saúde em 1990, compondo um arcabouço jurídico com diretrizes que servem de base legal do sistema (PUSTAI, 2006).

A Constituição de 1988 define no artigo 196 que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2009).

Em seu artigo 198 o SUS é definido “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; integralidade e participação da comunidade. (BRASIL, 2009).

A Constituição estabelece, ainda, como princípios doutrinários do SUS: universalidade que é o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; equidade princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade considera a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades (BRASIL, 2009).

Destes derivaram alguns princípios organizativos: hierarquização entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; participação popular em que há participação dos usuários dos serviços de saúde, através dos Conselhos Municipais de Saúde; descentralização política e administrativa tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS. (BRASIL, 2009)

Legalmente o SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei 8080/90). É uma forma de organizar ações e os serviços de saúde no Brasil em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição e trata-se de um sistema ainda em construção que implica na participação da sociedade e pactuações para viabilizar suas ações (PAIM, 2003).

O Sistema único de Saúde é a política de saúde vigente no Brasil, com seus princípios e diretrizes, compreendendo serviços e ações a nível municipal, estadual e federal e os serviços privados de forma complementar quando contratados ou conveniados (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

O texto constitucional demonstra, claramente, que a concepção do SUS é baseada na formulação de um modelo de saúde do Estado para a Sociedade, onde considera as necessidades da população, consolidado com o direito a cidadania (BRASIL, 2006)

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer, num processo de intersetorialidade compreendida como uma troca de experiências e saberes entre diversos setores envolvidos para melhorar as condições de saúde (BRASIL, 2006).

Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto capaz de modificar os fatores condicionantes e determinantes desse processo. A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde passou a contribuir na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde, uma possibilidade os aspectos do processo saúde e doença em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, fome, urbanização desordenada, qualidade do meio ambiente e falta de saneamento básico. Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 1996).

Neste sistema segmentado persistem insuficiências e inadequações, mas não há como não reconhecer os avanços do SUS que nos obriga a relacioná-la a valores sociais como instrumento norteador de sua implementação. Fundamenta-se em três princípios fundamentais: universalidade, igualdade e equidade e nas diretrizes do SUS: descentralização e participação social através dos conselhos e do atendimento integral prevendo ações curativas e preventivas, mas esse sistema delinea o que fazer, mas não diz como se faz e para quem se faz. O autor prossegue afirmando que as políticas públicas de saúde no Brasil ainda estão em estágios muito elementares em que os governos se apropriam das propostas esquecendo-se da sociedade, fazendo política de governo e não de Estado (PAIM, 2003).

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

Rouquayrol (2003), diz que a reforma sanitária no Brasil foi assumida como uma proposta abrangente, ou seja, tanto no aspecto sanitário como no social e que enfrentou diversos segmentos oposicionistas e de descrédito durante o processo de implementação, levando ao recuo dos movimentos sociais aliado a disseminação da ideologia neoliberal e a perda de poder aquisitivo dos trabalhadores de saúde.

Ainda assim, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) estabeleceu que a saúde é um direito de todo cidadão, de forma integral e hierarquizada abrangendo a prevenção, assistência e a recuperação. Essa Lei foi complementada pela Lei 8142/90 que regula a participação da comunidade (ROUQUAYROL, 2003).



Vasconcelos e Pasche (2007) destacam que o SUS corria o risco de não se tornar uma política de saúde devido a interesses políticos neoliberais, obrigando a instituição de uma reforma específica dos serviços de saúde discutindo no âmbito de sociedade, dos trabalhadores de saúde e demais sujeitos envolvidos com a proposta. Os autores interrogam os resultados da implementação dessa reforma com relação aos seus objetivos, pois abre uma discussão sobre as contradições do processo de descentralização capaz de gerar conflitos associados aos graves problemas de financiamento e da organização da rede de assistência.

Ohara (2008) destaca que a construção de um modelo alternativo de atenção à saúde já vinha sendo discutido através dos movimentos ideológicos por volta de 1975 motivados não somente pela crise na Previdência Social, mas também pelas necessidades sociais. Enfatiza os debates voltados para qualificação permanente dos profissionais que atuam no sistema como instrumento determinante na sua implementação.

Tais cursos de qualificação agregam uma enorme possibilidade de alcançar melhores indicadores sanitários aliados a proposta de incorporar a estratégia saúde da família nesse processo, pois provocaria nestes profissionais maiores reflexões sobre suas atividades e conhecimento dos aspectos metodológicos deste Programa que busca a reorganização da atenção básica (OHARA, 2008).

As características principais desse novo modelo inserido na Constituição Federal de 1988 são: a criação de um sistema nacional de saúde, proposta de descentralização com novas formas de gestão que inclui a participação de todos os envolvidos (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários. No Brasil, a mudança no modelo assistencial que vem acontecendo no SUS é por conta de dois programas: PACS e ESF, que apostam para mudança na forma de remuneração das ações de saúde, organização dos serviços e descentralização (NUNES, 2005).

O PSF foi criado oficialmente, no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde inspirado nas experiências na saúde pública em Cuba, Inglaterra e Canadá, para atender o que está disposto na Constituição Federal de 1988 e especificamente na Lei Orgânica da Saúde de 1990 que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e tem como objetivo levar a saúde para mais perto da população e melhorar a qualidade de vida das famílias (NUNES, 2005).

A história do PSF se inicia com a criação do PACS em 1991 que foi criado para tentar reduzir a mortalidade materno-infantil e sua expansão ocorre em 1995, quando se passou a focar a família como unidade de ação e o território como área coberta, que se caracterizava por não esperar a demanda chegar, mas agir sobre ela preventivamente integrando a comunidade (NUNES, 2005).

O autor prossegue dizendo que o PSF nasceu com essa concepção, dando ênfase a descentralização e surgiu prioritariamente em áreas de risco de abrangência em torno de 800 a 1000 famílias através de uma equipe de multiprofissionais formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, por 4 a 6 agentes comunitários, um odontólogo, ambos com dedicação exclusiva e residência na própria área de atuação, realizando ações no âmbito da assistência e da vigilância com a comunidade.

Segundo Nunes (2005), o Programa Saúde da família é desenvolvido por vários profissionais e com intensa participação da comunidade e está organizado sobre os princípios da integralidade, hierarquização, territorialização, adscrição da clientela em que é centrado no território com 600 a 1000 famílias e ser a porta de entrada dos atendimentos no sistema, numa tentativa de mudar o modelo assistencial que era centrado no usuário.

Dentre as atividades principais desenvolvidas pelo programa são: diagnóstico da saúde da comunidade, visita domiciliar, internação domiciliar, participação comunitária, atendimento nas unidades e estabelecimento de referencia e contra-referencia. (VIANA E POZ, 1998)

Deste modo, a estratégia Saúde da Família (ESF), criada em janeiro de 1994 e constitui-se na base estruturante do SUS e é fruto da nova conjuntura política e democrática que o Brasil ingressava na década de 80 e adquiriu forma com a promulgação da nova Constituição de 1988. (DUCAN et. al., 2006)

Neste contexto, Ducan (2006) afirma que a ESF é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e baseia-se em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos estabelecidos.

Além disso, devem estar preparadas para identificar a realidade epidemiológica e sócio-demográfica das famílias de cada micro - área reconhecendo, deste modo, os riscos os quais a população está exposta e promover à saúde e melhorar o auto-cuidado dos indivíduos (COSTA, E. CARBONE 2004).

O Ministério da Saúde define que os objetivos do modelo de saúde da família são de prestar assistência integral, contínua, com responsabilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco a saúde da comunidade; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, dentre outros (COSTA E. et. al. 2004)

Para Mauro (1998), a família constitui-se como um sistema social semi-aberto, composto por indivíduos ligados por compromisso mútuo e de afetividade e interação desenvolvendo papéis previamente estruturados pela sociedade.

Também, Mello, et. al. (2005) compartilham da mesma definição que Mauro (1998), ao afirmarem que a família pode ser entendida como um sistema aberto em que os integrantes mantêm contato direto, laços emocionais e uma história compartilhada.

A teoria sistêmica ressalta que a família é um sistema baseado em relações, distribuição de poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações. Este sistema sofre modificações com o tempo devido a existência dos próprios conflitos e pelas transformações no mundo (BRASIL, 2007)

A abordagem do PSF deve ser centrada na família. O conhecimento do funcionamento da família, de suas características, do contexto social, cultural e econômico no qual está inserida, é importante para a realização do planejamento das intervenções de saúde além das práticas curativas (Mello, et. al. 2005). Estas práticas propiciam uma compreensão do processo saúde-doença. Deste modo, para compreender a dinâmica de um evento, que ocorre com um indivíduo, é indispensável ter informações do contexto da funcionalidade da família (MUNIZ, 2009)

O aparecimento de doenças, transtornos ou qualquer outra disfunção, irá afetar intensamente o sistema familiar, provocando adaptações em todos os indivíduos. Assim, são dessas adaptações familiares que irão depender as intervenções médicas, como a adesão ao tratamento, preparo para cirurgia, comunicação de notícias difíceis, dentre outras. (MUNIZ, 2009).

É primordial que os profissionais de saúde da família visualizem os indícios ou riscos que um ser humano e sua família possam correr na esfera psicossocial, a fim de prevenir enfermidades e alterações na funcionalidade familiar. (PEREIRA, A.T.S. et al., 2008)

Entretanto para Nunes, (2005), ainda perdura uma burocratização em relação ao acesso aos serviços com prejuízo ao atendimento de urgência proporcionando uma baixa credibilidade.

Desde o início da implantação do SUS, apesar de várias normas e portarias emitidas pelo ministério da saúde, ocorreram vários problemas para implementação deste novo modelo dentre os quais a questão do financiamento das ações de saúde, definições de funções entre as várias esferas de governo e falta de articulação entre o público e privado, além da resistência ao modelo antigo (NUNES, 2005).

## Referencias

- BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução crítica e perspectivas atuais. Revista Escola de Enfermagem. USP, São Paulo, v.30, n.3, pp. 380-398, dez. 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. I seminário de experiências internacionais em saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL, Saúde no Brasil: contribuições para agenda de prioridade de pesquisa / ministério da saúde. 2 ed. Brasília, 2006
- BRASIL. Conselho nacional de secretários de saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 2009
- BRUCE B. DUCAN, MARIA INÊS SCHIMIDT, ELSA R.J. GIUGLIANI. Medicina ambulatorial Condutas de atenção primária baseadas em evidências, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- COSTA, Elisa Maria Amorim e CARBONE, Maria Herminda. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Rubio, 2004.
- MELLO, D.F. et al. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia da saúde da família. Rev. bras. crescimento. desenv. hum. São Paulo, v.15, n.1, pp.79-89, abr. 2005.
- MUNIZ, J.R.; EVELYN,E. Genograma: informações sobre família na (in) formação médica. Rev. Bras. educ. méd. Rio de Janeiro, v.33, n.1, pp.72-79, jan.-mar. 2009.
- NUNES, E.D. Pós- graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Rev. Saud. Coletiva. Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan/jun. 2005.
- OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. Saúde de família. São Paulo: Martinari, 2008. pp. 21-60; 387-398.

- PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUARIOL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, pp. 587-604.
- PEREIRA, J.C.M. Medicina, saúde e sociedade. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpres, 2003. pp. 5-66.
- PEREIRA, A.T.S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, v.24, sup.1, pp.123-133,. 2008.
- PUSTAI, O.J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI E. R.J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda, 2004.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. pp. 19-694.