

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS

Maria Luciana Bezerra Sousa¹

Sandra Amélia Sampaio Silveira²

Neyde Jussara Gomes Abdala Rodrigues³

Elizângela Samara da Silva⁴

RESUMO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1988, trouxe vários desafios para a garantia efetiva da saúde como direito universal, dentre os quais destaca-se a necessidade de mudança do modelo assistencial. Para tanto, o Ministério da Saúde cria em 1994 o Programa Saúde da Família, que mais tarde deixa de ser programa e se consolida como Estratégia. Neste sentido, o presente artigo se propõe a analisar a Estratégia Saúde da Família enquanto proposta de reorganização do SUS, com base na produção teórica acerca da mesma.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT:

The implantation of the Only System of Health (OSH), from 1988, brought some challenges for the guarantee accomplishes of the universe health as right, amongst which it is distinguished necessity of change of the assistance model. For in such a way, the Health department creates in 1994 the Program Health of the Family, who later leaves of being program and if she consolidates as Strategy. In this direction, the present article if considers to analyze the Strategy Health of the Family while proposal of reorganization of the OSH, on the basis of the theoretical production concerning the same one.

Keywords: Strategy Health of the Family. Basic attention. Only System of Health.

¹ Estudante de Graduação. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). luninha1080@gmail.com

² Mestre. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). luninha1080@gmail.com

³ Estudante de Graduação. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). luninha1080@gmail.com

⁴ Estudante de Graduação. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). samara.elizangela@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, com influência do Movimento Sanitário brasileiro, a saúde constituiu-se um direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, emergiu um novo modelo de organização da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), apoiado num conceito ampliado de saúde, em que esta deixa de ser sinônimo da mera ausência de doença. Sob estas bases, a atenção primária à saúde, ou atenção básica como foi chamada neste momento, ganhou lugar de destaque na reorganização do sistema de saúde.

Nesse sentido, o presente artigo tem como objeto de análise o Programa Saúde da Família, atualmente designado Estratégia Saúde da Família, buscando identificar nas publicações em torno da mesma as principais dificuldades encontradas para sua consolidação, ao longo dos últimos 17 anos, como proposta de reorganização do SUS.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: breve histórico

Segundo Bravo (2009) as intervenções do Estado, no período anterior a década de 1980, estavam direcionadas a dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. Sendo o primeiro destinado inicialmente às áreas urbanas, com ênfase nas condições sanitárias e o segundo direcionadas à massa trabalhadora que emergia no contexto do desenvolvimento industrial⁵ nacional.

Voltando o nosso olhar para a atenção primária à saúde (APS), destacamos algumas iniciativas do Estado no período anteriormente referido, no contexto da saúde pública, que consistiam, basicamente, em ações de baixo custo e extensão limitada, destinadas à prevenção de epidemias e endemias. A primeira iniciativa relevante foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, que se destinava ao combate de epidemias, via programas de imunização e educação sanitária a população, especialmente nas regiões norte e nordeste do país (ANDRADE, 2003).

⁵ Bravo (2009; 90-91) discute com propriedade este momento, ao afirmar que “as alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 30 tem como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas as reivindicações dos trabalhadores”.

A década de 1970 foi marcada pela discussão em torno dos chamados Programas de Extensão de Cobertura (PECs), como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que se direcionavam para os setores excluídos da assistência médica da previdência social⁶, visando estender as ações sanitárias às áreas marginalizadas da sociedade, expressando assim um caráter focalizado.

Nesse contexto, um marco significativo foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu em 1978 em Alma-Ata, da qual resultou a Declaração de Alma-Ata, que deu ênfase ao fortalecimento da atenção primária a saúde e à concepção de saúde para além da mera ausência de doença.

No Brasil, nesse momento, emergiu a proposta de reforma sanitária em discordância com caráter de mercantilização da saúde preponderante a partir dos anos 1960. Os ideais reformistas da década de 1970 defendiam, dentre outros aspectos, a universalização do direito a saúde e novas bases de organização e gestão da saúde.

O início da década de 1980 foi marcado pelo ideal de um sistema de saúde que tivesse cobertura em âmbito nacional. No lastro dessas discussões foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que defendia a reestruturação das bases de organização da saúde, como medida de alcance dos cuidados em saúde para camadas populares da sociedade brasileira, através de redes que prestariam serviços básicos a comunidade.

Em 1982 surgiu o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), visando à atenção a saúde em conjunto com a previdência, que já se estendia a áreas rurais e urbanas. A partir desta iniciativa, em 1983 foram gestadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), destinadas a atuarem na integração dos programas de saúde, bem como de seus recursos orçamentários. (BRASIL, 2006).

No lastro das inquietações levantadas pelo Movimento Sanitário brasileiro, que defendia a bandeira de democratização da saúde e pelas discussões travadas, neste sentido, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS – 1986), em 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que configurou as

⁶ A assistência médica da previdência social já se apresentava como política contributiva que se destinava aqueles indivíduos. Mota (2009, p.41) afirma que como se pode perceber, o trabalho, suas condições (sob o capital) e relações (assalariado/alienado) têm centralidade na constituição dos sistemas de seguridade social.

bases que antecederam o SUS, tendo por referência os ideais da reforma sanitária, os quais tiveram a sua culminância na Constituição Federal de 1988.

Considerando os princípios e diretrizes do SUS⁷, o Ministério da Saúde (MS), adotou o termo atenção básica a saúde (ABS)⁸ em substituição ao conceito de atenção primária a saúde (APS), empregado predominantemente no contexto internacional, pela ideologia das propostas seletivas (FAUSTO; MATTA, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Partindo deste propósito o MS passa a conceber a atenção básica como modelo para a reestruturação do sistema de saúde e a desenvolver alguns programas, a partir da década de 1990, nem sempre condizentes com o discurso de defesa dos princípios do SUS, tendo em vista a focalização dos mesmos na sua fase inicial, como é o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁹, criado em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF)¹⁰, instituído em 1994.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, afirma que “a atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia¹¹ prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006: p.11). Vale salientar que na PNAB a atenção básica é entendida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. [...] É

⁷ As diretrizes e princípios do SUS, resumidamente, podem ser assim definidas:

- Descentralização: redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo;
- Integralidade: articulação da assistência curativa com a dimensão preventiva e promocional, visando o atendimento integral ao(a) usuário(a), percebido(a) na sua totalidade;
- Participação popular: gestão participativa nas políticas públicas de saúde, via participação da sociedade civil organizada no processo de planejamento e fiscalização da política de saúde, desde o âmbito nacional até o local;
- Universalidade: significa que todo(a) cidadão(ã) tem direito aos serviços públicos de saúde;
- Equidade: assegurar ações e serviços de todos os níveis de atenção à saúde de acordo com a complexidade que cada caso requeira, considerando as diferenças no contexto do tratamento igualitário aos(as) usuários(as).

⁸ Porém a terminologia ABS só foi utilizada formalmente a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB SUS 01/96).

⁹ O PACS surgiu no Nordeste, sendo estendido em seguida para a região norte, como forma de enfrentamento dos altos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias.

¹⁰ Implantado inicialmente em pequenos municípios das regiões norte e nordeste, em áreas de risco definidas pelo Mapa da Fome do IPEA, aos poucos foi se expandindo. É importante destacar que em 1995 passou a ocorrer uma fusão entre PSF e PACS.

¹¹ A Portaria MS/GM nº 648, de março de 2006, que instituiu a PNAB alterou a denominação do PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF).

realizada sob a forma de trabalho de equipe, dirigida a população de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária [...] Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes [...] e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo de continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006: p.10).

Nesse âmbito, a PNAB vem compor um conjunto de iniciativas estruturadas em torno do fortalecer da ESF¹² como modelo de atenção básica, idealizada como porta de entrada do sistema de saúde articulada com os demais níveis de atenção.

3 ESF: dificuldades para a sua consolidação como estratégia de reorientação do SUS

Indicadores do Ministério da Saúde revelam que a ESF, ao longo dos 17 anos de existência, alcançou uma significativa expansão, estando implantado em 5.259 municípios do país, contando com 30.931 equipes e abrangendo 51,58% da população brasileira (BRASIL, 2010).

Desde sua origem, a ESF tem como objeto de sua intervenção “a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (BRASIL, 1997, p.10), sua operacionalização é feita por equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, podendo contar ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Tais equipes desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, junto a uma população adscrita de seiscentas a mil famílias para cada equipe, localizadas em uma área geográfica delimitada.

Há uma ampla literatura que discute a ESF no tocante aos seus avanços e desafios, na qual também são apontadas diversas críticas, dentre as quais se destacam aquelas que polemizam em torno de dois eixos principais: se a ESF está contribuindo de fato para a mudança do modelo assistencial; e, em contraposição ao discurso de APS abrangente/universalista, se a ESF não seria uma “cesta básica de

¹² Como iniciativas visando reforçar a ESF, além da PNAB, destacamos: a NOB/96 que impulsionou a expansão da ESF, por meio da instituição do Piso da Atenção Básica (PAB); a NOAS/2001 com o Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A); o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), criado em 2002; e mais recentemente, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pela Portaria n° 154, de 25 de janeiro de 2008.

saúde”. Contudo, Cohn (2009, p. 9) pondera que a produção do conhecimento acerca da ESF tem resultado em

(...) produtos relativamente assépticos, tendo como uma de suas características principais muito mais um conteúdo de monitoramento e/ou avaliação do programa (o que é relevante, sem dúvidas) do que um questionamento crítico que reforçasse seu potencial inovador e de reafirmação da nossa sociedade e dos direitos sociais (...).

Pesquisas apontam a importância da Estratégia Saúde da Família como um modelo na reorganização do Sistema Único de Saúde e fortalecimento da Atenção Básica através, dentre outros aspectos, da ampliação do acesso, melhoria dos indicadores de saúde e reorientação das práticas de saúde no SUS (NASCIMENTO; COSTA, 2009; SOUSA, 2003).

Entretanto, diversos são os desafios e dificuldades que podem ser notados em sua implementação para que a Saúde da Família se consolide de fato, como uma estratégia capaz de reorientar as ações de saúde, colaborando com a substituição do modelo assistencial hegemônico, centrado no médico; para um modelo que gera a prevenção e promoção da saúde de forma humanizada e acesso universal.

Vale salientar, que grande parte dos desafios e dificuldades que permeiam a ampliação e aperfeiçoamento da ESF é comum aos enfrentados pelo próprio SUS. Dentre as dificuldades presentes no processo de consolidação da ESF, podem ser destacadas: a ação dos gestores que não compreende a SF como estratégia para mudança do modelo assistencial; a falta de investimentos na integralidade da atenção; a ampliação do número de equipes, mas, sem ampliar os serviços; as precárias condições de trabalho e a insuficiência de medicação e insumos nas UBSF (CARNEIRO, 2008).

Dentre as dificuldades elencadas anteriormente, identifica-se a falta de profissionais para atuar na ESF e a rotatividade dos mesmos. É freqüente a contratação dos profissionais sem amparo legal, demonstrando a precarização do trabalho. Também verifica-se a necessidade de investimento na formação dos profissionais da ESF para atuar dentro da concepção de saúde da família, estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidades com a população e intervir de forma crítica, visando qualificar os serviços de saúde nos níveis de atenção básica.

Em relação aos gestores da saúde, verifica-se que na condução da ESF muitos tem se pautado na máxima de quantificar, a preocupação está em alcançar o maior

número possível de atendimentos, controlar as ações e os custos pela via do cumprimento rígido de metas. Há uma tendência ao privilegiamento da técnica, da racionalização das dimensões administrativas e econômicas, aspectos que são importantes porém insuficientes para garantir a saúde como direito universal. Tais posturas podem indicar não apenas a ausência de compreensão da proposta da SF, mas também um descompromisso que repercute na ausência de ampliação dos serviços, na falta de investimentos na integralidade da atenção, dificultando a referência e contra-referência, dentre outros problemas.

É importante destacar também que “a ESF constitui o modelo de APS brasileiro, mas convive com outros modelos no interior do SUS, já que ainda não se rompeu propriamente com o modelo assistencial privatista (BARRETO; BEZERRA, 2006 *apud* VASCONCELOS, 2010, p.14)”.

Outra dificuldade apontada por vários estudos é a efetiva implantação da ESF nos grandes centros urbanos, em virtude de aspectos como a intensa fragmentação espacial, diferenciação social e exclusão do convívio social. Tais aspectos desafiam gestores, profissionais e militantes das lutas em defesa da saúde como direito, a repensarem a ESF, diante dos indícios de que “modelos de organização da atenção à saúde padronizados em âmbito nacional encontram limites para a sua execução, quando considerada a diversidade das realidades urbanas dos municípios brasileiros” (NASCIMENTO; COSTA, 2009, p.71).

Ainda como desafios para a ESF, podemos apontar a necessidade de investimento da equipe na prevenção e promoção da saúde, em conformidade com a filosofia da saúde da família e com a PNAB preconiza “desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde” (BRASIL, 2006, p.19). Levando em conta o conceito ampliado do processo saúde-doença, a ESF deve compreender o usuário de forma integral pois, como afirma o discurso oficial:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 10).

Assim, concordamos com os argumentos defendidos em artigo da Radis 49 (2006, p.20 *apud* CARNEIRO, 2008, p.156): “ai estaria, então, o grande desafio da SF:

a reversão do modelo assistencial, avançando no sentido da vigilância da saúde e na construção de um SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o que podemos concluir é que ao mesmo tempo em que a ESF vem sendo apontada como um meio para reorganização do sistema de saúde, também é vista como forma paliativa e focalizada de atenção à saúde, não respondendo assim ao que propõe o Ministério da Saúde ao discutir a atenção básica.

Apesar das polêmicas existentes, concordamos com a afirmação de Fausto e Matta (2007, p.63) de que “a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe incontestável relevância para a atenção básica na agenda decisória da política nacional de saúde e por várias razões tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção”.

Enfim, espera-se que este estudo contribua para uma reflexão crítica em torno do tema e para novos questionamentos acerca das dificuldades e desafios na consolidação da Estratégia de Saúde da Família e sobretudo, para a melhoria das condições de saúde da população.

5 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Márcio Magalhães de. Proposta para um resgate histórico: as fontes do SESP/FSESP no estudo das campanhas de imunização no Brasil. **História, Ciência e Saúde**: Manguinhos, 2003. Vol.10 (suplemento 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. *Sala de situação*: Saúde da Família. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/?saude=http://189.28.128.178/sage/&botaoook=OK&obj=http://189.28.128.178/sage/>, acesso em 14/06/2010.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (orgs.) [et al.]. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4º Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB**: “neo-psf às avessas”? 2008. TCC- trabalho de conclusão de curso – UEPB.



COHN, A. (org.) **Saúde da Família e SUS: Convergências e Dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In.: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M.de. Atenção Primária à saúde. GIOVANELLA, L *et al.* (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MOTA, A. E. (orgs.) [et al.]. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4° Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NASCIMENTO, V. B. do; COSTA, I. M. C. da. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. (org.) **Saúde da Família e SUS: Convergências e Dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: Cedec, 2009.

SOUSA, M. F. de. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2003.

VASCONCELOS, K. E. L. **A trajetória da atenção primária à saúde no Brasil: a Estratégia Saúde da Família em foco**. Recife, 2010 (mimeog.)