

**RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA IMPLANTAÇÃO DO PSF ATÉ SUA
TRANSFORMAÇÃO EM ESF NOS DIAS DE HOJE****HISTORICAL REVIEW OF THE IMPLEMENTATION OF THE PSF TO ITS
TRANSFORMATION IN ESF TODAY**

FERNANDO DE ASSIS. Acadêmico do Curso de Graduação em
Fisioterapia da Faculdade INGÁ.

MICHELE FERNANDA MISCHIATI. Fisioterapêuta,
Especialista e Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia da
Faculdade INGÁ

Endereço para correspondência: Michele Fernanda Mischiati – Av. Londrina, 850 – sala E,
CEP:87114-010 Sarandi, Paraná, Brasil. cfcsarandi@uol.com.br

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma retrospectiva histórica do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, bem como a transformação deste em ESF (Estratégia saúde da Família). A Estratégia Saúde da Família prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos usuários, de forma integral e contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. A metodologia utilizada baseou-se em revisão de literatura realizada a partir das seguintes fontes: banco de dados LILACS, BIREME, SCIELO, através de documentos específicos do PSF publicados pelo Ministério da Saúde, bem como artigos científicos na área de Saúde Pública e livros relacionados ao tema proposto. Desde a década de 70 houve uma transformação no sistema de saúde com a implantação do SUS, que proporcionou a universalização dos direitos para toda população. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) também faz parte desta transformação na saúde, pois através deste programa que ocorreu um intermédio entre a comunidade e os serviços de saúde. Através deste contexto, surgiu o PSF com o propósito de reorganizar o Sistema Único de Saúde promovendo a integralidade e participação da comunidade aos serviços de saúde, bem como promover ações de proteção, promoção e recuperação da saúde da família. Atualmente o PSF, passou a ser definido como estratégia, pois o termo programa aponta uma atividade com início, meio e fim, já terminologia estratégia não prevê fim.

PALAVRAS-CHAVE: SUS, PSF, Ministério da Saúde, Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was a historical retrospective of the Family Health Program (PSF) in Brazil and in the transformation of this ESF (the Family Health Strategy). The Family Health Strategy gives priority to prevention, health promotion and recovery of users, in an integral and continuing to the community, following fully the health of all people living under its

responsibility. The methodology was based on literature review conducted from the following sources: database LILACS, BIREME, SCIELO through PSF-specific documents published by the Ministry of Health, as well as scientific papers in the area of Public Health and Related Books the proposed topic. Since the '70s there was a transformation in health care with the implementation of the NHS, which provided the universal rights for all people. The Program for Community Health Agents (PACS) is also part of this transformation in health, because through this program that there was an intermediary between the community and health services. Through this context, emerged the PSF in order to reorganize the National Health System and promoting the full participation of community health services, and promote actions to protect, promote and restore health of the family. Currently, the PSF, is now defined as a strategy, as the term suggests an activity program with beginning, middle and end, since terminology strategy will not end.

KEYWORDS: SUS, PSF, Ministry of Health, Health

INTRODUÇÃO

Desde a década de 70 no Brasil o setor de saúde caminhava em direção a mudanças sociais e melhoria das condições de vida. A reorganização do setor da saúde teve como marco a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Brasileira de 1988 (NETO, 1994).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 e regulamentado em 1990 pelas leis 8080/90 e 8142/90 o direito universal à saúde é então reconhecido e a atenção primária priorizada, com ações mas efetivas contendo um modelo integral, mais resolutivo em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990).

Para Rouquayrol e Filho (2003) o SUS garantiu a todos os brasileiros, a universalização do direito à saúde sob a responsabilidade do Estado, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e deu ênfase na descentralização com comando único em cada esfera do governo e na participação da comunidade.

O período mais recente da descentralização da saúde tem se caracterizado pela expansão do Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 (VASCONCELLOS, 1998).

As proposições básicas do PSF são, o trabalho em equipe direcionado aos diferentes indivíduos, famílias e comunidades, prevendo-se o planejamento e execução de ações a partir de suas realidades particulares; ações voltadas à promoção e a prevenção da saúde, tendo como marca fundamental a mudança de foco para a atenção à saúde e não mais a doença (BRASIL, 2010-c).

A atenção está centrada na família, percebida a partir do seu ambiente físico e social, o território, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1997).

Dessa forma, tornou-se pertinente fazer uma revisão da literatura sobre o Programa Saúde da Família, com o objetivo de realizar uma retrospectiva histórica do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, bem como a transformação de PSF para ESF (Estratégia saúde da Família).

Revisão bibliográfica é definida como sendo desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2002). O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a retrospectiva histórica da implantação do PSF até sua transformação em ESF nos dias de hoje. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das seguintes fontes: banco de dado LILACS, BIREME, SCIELO, através de documentos específicos do PSF publicados pelo Ministério da Saúde, bem como artigos

científicos na área de Saúde Pública e livros relacionados ao tema proposto todos em português, abrangendo o período de 1976 a 2010 .

Durante a década de 70, vigorava o modelo médico assistencial, baseado em ações curativas, construído por uma política social, sendo os direitos sociais negociados como privilégios de certos grupos da população, os quais não beneficiavam toda a população, pois somente os trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) contribuíam com a Previdência Social e poderiam dispor desta assistência. Portanto, quem não estivesse totalmente empregado não estava coberto pelas políticas de saúde e não tinham seus direitos sociais reconhecidos, somente se pagassem ou se sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, os Hospitais Universitários e os Governos Estaduais e Municipais poderiam fazer algum atendimento a esse grupo (NETO, 1994).

As características básicas desse sistema de saúde eram planejadas de forma centralizada, diretamente de Brasília para o restante do país não sendo permitido aos Estados e Municípios participações nas decisões, formulações e avaliações dos mesmos, ou seja, tratava-se de um sistema centralizado. Esse modelo centralizador também não possibilitava a participação da sociedade, principalmente nas decisões sobre a destinação e uso dos recursos financeiros. Esse sistema também era socialmente desigual e excludente, havia desigualdade de direitos entre empregados e não empregados, pois só os contribuintes da Previdência Social poderiam se beneficiar desta política de saúde (FLEURY, 1994).

Segundo Neto (1994) outra característica desse sistema era a escassez de recursos pois os recursos financeiros eram insuficientes e provinham principalmente das contribuições mensais de empregados e empregadores, responsáveis pela maior parte do total aplicado do setor.

Em 1978, a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata na Rússia divulgou e discutiu a gravidade do quadro sanitário dos países em desenvolvimento mostrando para o mundo a necessidade de revertê-lo, propondo como estratégia para superar estes problemas a adoção aos cuidados básicos de saúde, a utilização de recursos humanos de níveis elementar e médio e o incentivo ao desenvolvimento de tecnologias apropriadas à realidade de cada local, Também propôs metas de melhoria deste quadro através do programa Saúde Para Todos No Ano 2000. Este programa falava da saúde como um direito de todos e salientava as responsabilidades do Estado (NETO, 1994).

Segundo Neto (1994) nesta Conferência foram propostas formas organizativas como descentralização, regionalização e a constituição de sistemas de referência e contra-referência, demonstrava a importância dos cuidados primários de saúde e a necessidade da existência nos níveis secundário e terciário de atenção.

Em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde realizado em Brasília pelo Congresso Nacional, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES apresentou pela primeira vez um projeto denominado “SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” sendo um sistema público, descentralizado, com universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com democrática participação da população (NETO, 1994).

No ano de 1982, com a eleição direta para governadores, muitos integrantes do movimento sanitário ocuparam postos de decisão na Secretarias Estaduais de Saúde, devido a isto alguns estados começaram projetos contemplando princípios da reforma sanitária. O projeto Ações Integradas de Saúde (AIS) deu início formal à participação popular, fortaleceu a idéia da municipalização (FLEURY, 1994).

De acordo com o mesmo autor, com o fim do regime militar e com a implantação da chamada Nova Republica em 1985, na vigência das AIS, trouxeram ao País a possibilidade de reforma da Constituição, sendo convocado pelo governo a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) para o ano de 1986, subsidiando a discussão da saúde na Assembléia Nacional Constituinte.

A VIII CNS teve a participação de dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos lideranças sindicais e representantes da sociedade civil. O relatório final tinha recomendações que passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, este projeto em 1987 foi levado a Assembléia Nacional Constituinte para concorrer com outras propostas sobre o que seria inscrito na Constituição sobre a saúde. Este relatório visava conceito de saúde de forma ampliada, como um direito básico do cidadão e com um dever do Estado (FLEURY, 1994).

A nova Constituição brasileira de 1988 aprovou os mais importantes princípios da Reforma Sanitária e finalmente, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, as Leis Federais 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, também das várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) – como instrumentos de regulamentação do sistema, onde regulamentaram o SUS mantendo, quase na íntegra, estes princípios, sendo que a partir de então os Estados e Municípios elaboraram, respectivamente, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais no intuito de iniciar a construção do SUS nestas esferas de governo (BRASIL, 1990).

A NOB-91 equiparou a remuneração dos serviços de saúde públicos aos privados e a gestão do sistema permaneceu centralizada no nível federal. No entanto, os municípios foram estimulados a criarem algumas das condições necessárias à descentralização, entre outras, os conselhos municipais de saúde e os fundos de saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

Já, a NOB-93 incentivou a municipalização da gestão de forma gradual, com habilitação dos municípios nas diferentes condições de gestão. Criou ainda novos espaços institucionais de negociações entre as esferas governamentais, as comissões intergestoras (VIANA; DAL POZ, 1998).

A NOB-96 acelerou o processo de descentralização, alterou as modalidades de gestão do SUS para plena de atenção básica e plena do sistema de saúde. Na primeira, o poder público municipal assumia o gerenciamento apenas sobre a rede de atendimento básico. Na segunda, o município gerenciava todo o setor da saúde no seu território, incluindo a rede hospitalar pública e privada conveniada, tendo para tanto, repasse direto de recursos financeiros do Ministério para o fundo municipal de saúde (VIANA; DAL POZ, 1998).

A NOAS, editada em 2001-2002, propôs um processo de regionalização da assistência que implica na organização de sistemas microrregionais de saúde sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde. A regionalização da assistência se baseia no grau de complexidade tecnológica dos serviços existentes nos diversos municípios, visando construir / racionalizar os sistemas de referência para a atenção básica dos municípios (VIANA; DAL POZ, 1998).

Para Neto (1994) o SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988, onde é o novo sistema de saúde que está em construção. O SUS é um sistema único porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizacionais em todo o território nacional sob a responsabilidade das três esferas autônomas sendo o Governo Federal, Estadual e Municipal. Deste modo o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

De acordo com Leavell e Clark (1976) a Saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, que irá assegurar a cada indivíduo,

dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. A saúde pública busca evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência.

Para Rouquayrol e Filho (2003) a prevenção em saúde pública é ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. Prevenir é prever antes que algo aconteça, ou seja, cuidar para que não aconteça. Antes que haja uma prevenção primária tem que haver uma prevenção de caráter estrutural, antecedendo a ação dos especialistas em saúde, devendo começar ao nível das estruturas políticas e econômicas.

A prevenção é abrangente, incluindo a ação dos profissionais da saúde onde cabe aos mesmos a decisão técnica, ação direta e parte da ação educativa. A prevenção no coletivo deve começar ao nível das estruturas socioeconômicas e políticas (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

Rouquayrol e Filho (2003) citam que a prevenção pode ser feita nos períodos de pré-patogênese e patogênese, através dos 3 níveis de prevenção, sendo :

A prevenção primária: que se faz com a interceptação dos fatores pré-patogênicos incluindo a promoção da saúde, onde é feita através de medidas de ordem como: moradia adequada, escolas, áreas de lazer, alimentação adequada, educação em todos os níveis e também inclui a proteção específica que é realizada através de medidas como: imunização, saúde ocupacional, higiene pessoal e do lar, proteção contra acidentes, aconselhamento genético e controle dos vetores.

A prevenção secundária: é realizada no indivíduo, já sob a ação do agente patogênico, ao nível do estado da doença e inclui diagnóstico precoce, consiste medidas como: formulações de inquéritos para descoberta de casos na comunidade, exames periódicos individuais para detecção precoce de casos, isolamento para evitar a propagação de doenças, tratamento para evitar a progressão da doença, evitar futuras complicações e seqüelas.

A prevenção terciária: consiste na prevenção da incapacidade através de medidas destinada à reabilitação, assim o processo de reeducação e readaptação de pessoas com deficiência após acidentes ou devido a seqüelas de doenças são exemplos de prevenção de nível terciário. As medidas da prevenção terciária são: reabilitação para impedir a incapacidade total, fisioterapia, terapia ocupacional e emprego para o reabilitado.

A construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: a Universalidade que garante atenção à saúde pelo sistema a todo e qualquer cidadão onde o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde e os contratados pelo poder público. A Equidade assegura ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade de cada caso requeira, independente de onde mora o cidadão, sem privilégios e barreiras. Para o SUS todo cidadão é considerado igual e será atendido conforme suas necessidade até onde o sistema puder oferecer seus serviços. A Integralidade reconhece que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção proteção e recuperação da saúde formam um todo indivisível que não pode ser compartimentalizado, ou seja, o homem é visto como um ser bio-psico-social e deve ser atendido de forma integral por um sistema de saúde também integral (BRASIL, 1990).

De acordo com Brasil (1990) os princípios que regem a organização do SUS dividem-se em :

A Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica de forma crescente em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, permitindo um maior conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, gerando ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Resolubilidade: exige que quando o indivíduo busca o atendimento ou quando aparece um problema de impacto coletivo sobre saúde, o serviço esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo.

Descentralização: ocorre uma redistribuição das responsabilidades quanto as ações e serviços de saúde entre os níveis de governo, pois quando mais perto do fato a decisão for formada mais chance de resolver o problema, ou seja, o que é de abrangência do Município será responsabilidade do Governo Município, o que abrange um Estado ou uma região Estadual deve estar sob responsabilidade do Governo Estadual e o que for Nacional será de responsabilidade Federal.

Participação dos Cidadãos: garante a população que através de suas entidades representativas terá direito a participar do processo de formulações das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis desde o Federal até o local.

Complementariedade do Setor Privado: a Constituição definiu que quando houver insuficiência do setor público e ocorrer à necessidade de contratação de serviços privados deve-se dar sob três condições, sendo a primeira à celebração de contrato, de acordo com as normas de direito público, a segunda a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS e a terceira a integração dos serviços privados deverá ocorrer na mesma lógica organizativa do SUS, com posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Após a criação do SUS, algumas estratégias foram formuladas no sentido de colocá-lo em prática. Como exemplo podemos citar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Que foi uma das principais estratégias criadas em relação à assistência básica à saúde, e surgiu com o princípio, de ser o elo de ligação entre a população e as unidades de saúde, promovendo o acesso aos serviços; identificando, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco; estimulando a educação da comunidade e a prevenção às doenças, e tentando despertar a sua participação social; auxiliando a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas, como também, atuando juntos aos serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população (BRASIL, 1991).

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 pelo Ministério de Saúde, foi uma das primeiras estratégias relacionadas à mudança do modelo de assistência à saúde, principalmente porque a partir desse programa começou a haver um intermediário entre as comunidades e os serviços de saúde (BRASIL, 1991).

Silva e Dalmaso (2002) descrevem que a partir do PACS, o ACS tornou-se um elemento efetivo do trabalho em saúde e essencial no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica em saúde, visando à ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

Dentre as atribuições dos ACS podemos citar, a orientação às famílias para a utilização adequada de serviços e a informação aos demais membros da equipe, acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades (NUNES et al, 2002).

Inicialmente, os agentes de saúde do PACS trabalhavam quase que isoladamente com a comunidade, com pouca participação de outros profissionais, após um certo tempo, o trabalho em equipe justificou-se devido à necessidade de aumentar a cobertura dos serviços e desenvolver ações para reverter a situação epidemiológica de algumas doenças mais prevalentes (COSTA; LEITE; CERQUEIRA, 1997).

Segundo Peduzzi (2001) o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Nesse contexto foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) e muitos ACS passaram a fazer parte desse programa.

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

Por volta de 1993, o Ministério da Saúde iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da Portaria n.º 692. A referida portaria veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual se observa que o Programa Saúde da Família – PSF

tem como objetivo colaborar na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. (VASCONCELLOS, 1998).

As primeiras equipes de Saúde da Família formaram-se em janeiro de 1994, incorporando e ampliando a atuação dos ACS. O processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (BRASIL, 2010-b).

Ao descrever o SUS, Campos (1989) mostra que nesta alternativa de modelo assistencial, o mercado não seria o principal critério para organizar e distribuir serviços, mas as necessidades de saúde da população. O atendimento seria universal, ou seja, todos poderiam utilizar o sistema, gratuito e organizado; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbidade e mortalidade das comunidades.

O Ministério da Saúde em BRASIL (2010-a) ressalta que o PSF reafirma os princípios acima citados, e estrutura a Unidade de Saúde da Família (USF) da seguinte forma:

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

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

Territorialização e cadastramento da população: a USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área.

Equipe multiprofissional: a equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS. Outros profissionais a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos e fisioterapeutas poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção passou a estar centrada na família, o que vem possibilitando as equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2010-c).

As equipes devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersectoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados (BRASIL, 2010-c).

As principais metas do PSF apontadas pelo Ministério da Saúde são: Prestar, na Unidade de Saúde da Família (USF) e no domicílio, assistência integral, contínua, com

resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais, contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde, fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1997).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização, por esse motivo ocorreu somente uma mudança de nomenclatura, sendo mantido os princípios e diretrizes do programa (VIANA; DAL POZ, 1998).

REFLEXÕES

No Brasil na década de 70, o modelo de saúde vigente era o médico assistencial, que privilegiava somente quem contribuía com a Previdência Social, ou seja, era um modelo centralizador, socialmente desigual, excludente e baseados em ações curativas.

Com a construção e implantação do SUS, que se baseia nas doutrinas de Universalidade, Equidade e Integralidade e nos princípios de Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização e Participação dos Cidadãos, foi reconhecido o direito universal à saúde, sendo um sistema público descentralizado integrando não somente as ações curativas conforme o modelo de saúde anterior, mas incluindo também as ações preventivas primárias e secundárias.

Após a criação do SUS, foi criado o PACS com o objetivo de ser o elo de ligação entre a comunidade e as unidades de saúde, atuando juntos aos serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população.

A partir da criação do PACS surgiu o PSF com o propósito de priorizar ações de promoção, proteção e recuperação dos indivíduos e da família de forma integral e continua.

Atualmente, o PSF é definido como estratégia ao invés de programa, pois o termo programa refere-se a uma atividade com começo, meio e fim, já o termo estratégia não prevê uma data de finalização.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS, doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **O manual do agente comunitário de saúde**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 1991.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/menu/menu.htm>>. Acesso em 17 de Abril de 2010. (a)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp>. Acesso em 17 de Abril de 2010. (b)
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos – PACS/PSF**. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/ViverSaude/Intos/Psafam.htm>> Acesso em 17 de Abril de 2010. (c)
7. CAMPOS, G.W.S. **Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para Debate**. In: Campos, G.W.S. et al. Planejamento sem normas. São Paulo, Editora Hucitec, p.53-60, 1989.

8. COSTA, I.C.C.; LEITE, M.J.W.P.; CERQUEIRA, L.M. **O papel dos recursos humanos no impacto social das práticas de saúde bucal.** Revista Saúde. Jan. p. 70-76, 1997.
9. FLEURY, S. **Equidade e reforma sanitária: Brasil.** In: Revista Saúde em Debate, n.43, Jun., 1994.
10. GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
11. LEAVELL, H.; CLARK E.G. **Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro, p.11-36, 1976.
12. NETO, E.R. **A reforma sanitária e o sistema único de saúde; suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e duas perspectivas.** In: Incentivo a participação popular e controle social no SUS. Brasília, 1994.
13. NUNES, M.O. et al. **Agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** Cadernos de Saúde Pública. Nov-Dez. p. 1639-1646, 2002.
14. PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista de Saúde Pública. Fev. p.105-109, 2001.
15. ROUQUAYROL M.Z.; FILHO N.A. **Epidemiologia, História e Prevenção de Doenças.** Ed. Médica e Ciência Ltda. Rio de Janeiro, p.29-32, 2003.
16. SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p.240, 2002.
17. VASCONCELLOS, M.P.C. **Reflexões sobre a saúde da família.** In: Mendes, E. V. org. A organização da saúde no nível local. São Paulo, Editora HUCITEC, p.155-172, 1998.
18. VIANA, A.L.D.; DAL POZ. M.R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, p.11-48, 1998.