

Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde¹

*Anamaria D'Andrea Corbo
Márcia Valéria G. C. Morosini
Ana Lúcia de Moura Pontes*

Introdução

Este artigo tratará de apresentar e discutir a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com base em três eixos. Primeiro, uma retomada da discussão sobre modelos tecnoassistenciais em saúde como subsídio para uma reflexão crítica sobre a ESF. Segundo, a discussão da atenção primária em saúde como campo onde se desenvolvem as concepções, diretrizes e princípios que orientam politicamente a saúde da família no país. E, por fim, a recapitulação da história recente de iniciativas no campo da organização da atenção à saúde no Brasil, o surgimento da saúde da família, sua configuração e desafios no momento. Procuraremos em todo texto destacar as questões pertinentes para pensar a formação e a prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A Pertinência da Discussão sobre Modelos Tecnoassistenciais em Saúde para Pensarmos a Saúde da Família

Para compreendermos o surgimento e a consolidação da ESF, acreditamos ser necessária uma reflexão anterior, que é a discussão de modelos assistenciais. Fazemos essa colocação, pois entendemos que o trabalho dos ACS se insere em uma disputa de projetos de modelos de atenção, principalmente no sentido de ser uma estratégia substitutiva do modelo hegemônico. Assim, quando ouvimos o discurso que o papel dos ACS é enfatizar a dimensão de prevenção e promoção, e não a curativa, temos uma simplificação de uma discussão complexa, que tem uma base histórico-conceitual definida e que precisa ser entendida para ser superada.

¹ Este texto amplia e revisa a discussão iniciada no texto "Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde", de Corbo e Morosini (2005).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Assim, retomamos a definição de Paim (2003: 567-568) sobre modelos assistenciais:

Modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais, etc.).

Para analisarmos essa definição, devemos considerar a discussão de tecnologia proposta por Merhy (2002), de modo que entendemos como 'combinações tecnológicas' não somente o uso de equipamentos (tecnologia dura), mas também de saberes disciplinares (tecnologia leve-dura) e da dimensão relacional (tecnologias leves) como recursos.

Desta forma, Paim (2003) nos mostra que é possível reconhecer uma racionalidade na forma como as práticas, serviços e sistemas de saúde organizam seus recursos tecnológicos para responder aos problemas de saúde de indivíduos e populações. Vão determinar esse arranjo tecnológico a conceituação de processo saúde-doença que o subsidia, que vai permitir o reconhecimento do que são problemas e necessidades de saúde aos quais os profissionais e serviços devem responder, assim como quais são as práticas e saberes válidos para essa resposta. Também a forma como os serviços organizam as relações e o processo de trabalho é determinada por essa racionalidade.

Campos (1992) e Merhy (2002), por enfatizarem as dimensões tecnológicas e assistenciais dos modelos assistenciais, fazem uma defesa da denominação de modelos tecnoassistenciais. Merhy, Cecilio e Nogueira (1991) propõem essa denominação e explicam suas implicações:

Entendendo, deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando numa dimensão assistencial e uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político. (Merhy, Cecilio e Nogueira, 1991: 84)

Essa análise dos autores enfatiza uma disputa de projetos políticos que sustentam um modelo tecnoassistencial, ou seja, ao elaborarem uma proposta de arranjos tecnológicos para responder às necessidades de determinada população, os sujeitos expressam desde sua concepção de saúde quanto seu projeto

SAÚDE DA FAMÍLIA

de sociedade. Assim, quando nos propomos a uma análise da ESF no Brasil, estamos apontando para um processo de disputa de projetos de modelos assistenciais. Principalmente, é uma disputa pela substituição do modelo hegemônico da medicina científica.

O modelo de medicina científica² tem sua base no fortalecimento das ciências biológicas – com destaque para a patologia e a fisiopatologia –³ no estudo das doenças e tem como um marco para sua consolidação os impactos produzidos pelo relatório Flexner (1910), que realizou uma série de orientações para as escolas médicas nos EUA.

Dessa forma, o modelo que denominamos medicina científica ou biomédico tem como características (Silva Júnior, 2006):

- A) Mecanicismo – o corpo humano é visto como uma máquina.
- B) Biologismo – devido à sua origem nos avanços da microbiologia, tem uma concepção exclusivamente biológica da doença, exclui determinantes econômicos ou sociais.
- C) Individualismo – a medicina elege o indivíduo como objeto, alienando-o de sua vida e dos aspectos sociais, a doença é vista como restrita a práticas individuais.
- D) Especialização – mecanicismo induziu o aprofundamento do conhecimento científico na direção de partes específicas do corpo humano, na organização da formação e nas práticas de saúde.
- E) Exclusão das práticas alternativas – a medicina científica se impõe sobre outras práticas médicas.
- F) Tecnificação do ato médico – necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica, produzindo uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças.
- G) Ênfase na medicina curativa – prestigia o processo fisiopatológico como base do conhecimento para diagnóstico e terapêutica.
- H) Concentração de Recursos – devido à dependência crescente de tecnologia, houve uma concentração das práticas médicas em hospitais, como centros de diagnóstico e tratamento.

² Sobre a constituição da medicina científica, ver Lima, texto “Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde”, no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

³ Para aprofundamento sobre as bases da medicina científica, ler Foucault (1977) e Canguilhem (2006).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da década de 1970, esse modelo configura-se como um modelo em crise, pois o que se observava eram profundas desigualdades das condições de saúde da população e na oferta de serviços de saúde. Ademais, um custo crescente na prestação dos serviços de saúde com baixa resolubilidade, com excessiva especialização dos profissionais e serviço, um uso acrítico da tecnologia, a perda da dimensão cuidadora e relacional das práticas de saúde e a crescente caracterização da saúde como produto de mercado também se apresentavam como característica desse modelo. Entretanto, é interessante lembrar que, na verdade, desde a década de 1920 existiam críticas à medicina científica, como as presentes no Relatório Dawson, porém mais fortemente a partir da década de 1970 surgem propostas de reorganização do modelo de atenção.

Assim, é fundamental assinalar que, nessa época, havia uma ampla discussão internacional sobre propostas que visassem a modificar a forma de operação dos sistemas de saúde, tendo como pano de fundo novas concepções de processo saúde-doença. A publicação do relatório Lalonde, em 1974, no Canadá, é considerada um importante marco nas discussões sobre os sistemas de saúde nacionais. Por meio do modelo do campo da saúde, Lalonde propõe as dimensões da biologia humana, do ambiente, dos estilos de vida e da organização da atenção à saúde como componentes essenciais de análise dos problemas e necessidades de saúde de uma determinada população (Mendes, 1996).

Na trigésima reunião anual da Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1977, os países participantes elegeram como meta principal “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva” (Starfield, 2002). Esta declaração, conhecida como ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, foi fundamental para o consenso alcançado na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, em que os princípios da atenção primária à saúde foram apresentados como o meio necessário para a efetivação das propostas elaboradas durante a conferência.

Ou seja, apontamos que o debate sobre a crise do modelo da medicina científica, ao lado da possibilidade de compreender o processo saúde-doença e as práticas de saúde de uma nova forma é que subsidiaram a formulação de novas propostas para a organização dos serviços de saúde. Gostaríamos de enfatizar que essas propostas buscam romper com concepções muito enraizadas nos profissionais de saúde e na população. Portanto,

SAÚDE DA FAMÍLIA

propor uma nova estratégia para atenção à saúde significa romper com essas concepções.

Destarte, compreendendo-se que as atividades do ACS envolvem a prevenção de doenças e promoção da saúde (conforme a portaria n. 648/2006, do Ministério da Saúde, determina), podemos produzir uma atuação na área da saúde da mulher, por exemplo, centrada na realização de exames preventivos das doenças prevalentes e de um pré-natal adequado. Por trás dessa organização das práticas do ACS, podemos ter uma visão que restringe a saúde da mulher à sua dimensão orgânica-patológica e reprodutiva, centrada na realização de procedimentos técnicos como garantia de realização de alguns exames. Deixa-se em segundo plano as relações de gênero, as implicações da cultura (local e midiática) na produção da sexualidade e concepções de corpo, e entende-se o papel social da mulher como simples reprodutora. Porém, se entendemos diferentemente o corpo, processo saúde-doença e o papel social da mulher, novas práticas para o ACS se configuram. E este é o desafio da saúde da família e da formação e prática dos ACS.

Feitas essas considerações, passamos ao segundo eixo de construção do presente texto, ou seja, as inflexões político-ideológicas do paradigma da atenção primária à saúde no campo da organização da atenção à saúde no Brasil. Nesse sentido, utilizamos como referência principal os textos de Starfield (2002) e Mendes (2002).

A Atenção Primária à Saúde

A Assembléia Mundial de Saúde, em sua reunião de 1979, definiu o conceito de atenção primária à saúde como:

A atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS apud Starfield, 2002: 31).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Alguns autores (Starfield, 2002; Mendes, 2002) consideram que, para a efetiva organização de um sistema de saúde por meio da atenção primária, faz-se necessário que alguns princípios sejam observados: o 'primeiro contato', a 'longitudinalidade', a 'integralidade' e a 'coordenação da atenção'. Cabe ressaltar que tais princípios devem ser considerados em conjunto, não sendo adequada a operacionalização de um serviço de atenção primária à saúde sem a devida transversalidade e interdependência destes.

Starfield (2002) compara o 'primeiro contato' a uma porta de entrada, noção que implica a acessibilidade e o uso de serviços de acordo com a necessidade demandada pela população. Dessa forma, a atenção ao primeiro contato é definida com base na percepção de necessidade da população conjugada com a utilização do serviço disponível, ou, como define Starfield (2002), a atenção ao primeiro contato pode ser avaliada pela acessibilidade (elemento estrutural) do serviço de saúde e pela sua utilização (elemento processual). Com base nesta lógica, um serviço de atenção primária funciona como a porta de entrada do sistema de saúde organizado em diferentes níveis de atenção, constituindo, ao mesmo tempo, um nível próprio de atendimento. Um médico de atenção primária, médico de família ou generalista é o profissional que está, em tese, mais capacitado para avaliar a indicação e o encaminhamento, quando for o caso, da melhor possibilidade de atenção para a situação apresentada. Esse profissional, em função de sua proximidade em relação ao contexto social da comunidade atendida, estaria mais apto a realizar a mediação necessária entre o incômodo expresso pelos sujeitos que a ele recorrem, facilitando a identificação do melhor caminho a seguir no sistema. O sistema de saúde passa a operar com a utilização mais racional de recursos, e apenas as situações que requerem atenção mais especializada são encaminhadas aos outros níveis de atenção.

A 'longitudinalidade' é definida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo (Mendes, 2002). A essência da longitudinalidade (Alpert & Charney apud Starfield, 2002) é uma relação pessoal duradoura, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos. Para tanto, faz-se necessário que a população identifique a fonte de atenção como sua principal referência na busca de cuidados de saúde. A construção de vínculos com a equipe de saúde é fundamental neste processo. Conforme apontam

SAÚDE DA FAMÍLIA

Franco, Bueno e Mehry (1999), em todo lugar que ocorre um encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário, operam-se processos tecnológicos que visam à produção de relações de escuta e responsabilização e que se articulam com a constituição de vínculos e compromissos, com o objetivo de produzir algo que represente a conquista do controle do sofrimento e/ou produção de saúde. Sob este ponto de vista, a constituição dos vínculos é determinada pela necessidade, por parte do usuário, de estabelecer um controle sobre o seu processo de sofrimento.

O princípio da 'integralidade' é entendido como um conjunto de serviços prestados pela equipe de saúde, que visa a atender às necessidades mais comuns da população – adscrita –, buscando também a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas apresentados (Mendes, 2002). Pelo fato de ser considerado a porta de entrada do sistema e se responsabilizar pelo atendimento continuado de uma determinada população, um serviço de atenção primária à saúde é o nível de atenção que possui a melhor condição de contextualizar o problema de saúde e identificar os diversos determinantes que contribuíram para a sua manifestação. Starfield (2002) acrescenta, ainda, que a variedade de tipos de problemas de saúde na atenção primária é muito maior do que em qualquer outro nível de atenção, sendo mais ampla, portanto, a variedade de todos os tipos de intervenção.

A 'coordenação' da atenção diz respeito à capacidade de um serviço centralizar e disponibilizar informações a respeito de problemas e serviços anteriores utilizados pelo paciente, com o objetivo de constituir uma sólida base de informações, essencial para o atendimento do problema apresentado. Um serviço de atenção primária à saúde deve ter ciência da necessidade do desenvolvimento de instrumentos capazes de gerar toda a informação necessária sobre o histórico do paciente e a utilização dos vários recursos acessados por ele, na tentativa de solucionar a situação apresentada. A coordenação da atenção possui uma importância vital, porque à medida que aumenta a variedade de serviços oferecidos ocorre um maior encaminhamento da população para os outros níveis de atenção à saúde que não a atenção primária. Está intrinsecamente ligada ao princípio da longitudinalidade e depende do desenvolvimento de mais conhecimento a respeito do processo de encaminhamento, da transferência de informações derivadas dos encaminha-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

mentos e do quanto os médicos da atenção primária reconhecem estas informações (Starfield, 2002).

Cabe ressaltar, entretanto, que o modelo de atenção primária à saúde possui interpretações diferenciadas. Para alguns, é concebido como um programa focalizado para populações empobrecidas, com baixa incorporação tecnológica, utilização de uma força de trabalho pouco qualificada e com pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações. Criado tendo em vista a necessidade de redução de custos e da reforma do Estado, proposta pelos organismos internacionais, esta formulação pressupõe uma atenção de baixo custo, descontinuada e sem articulação com os outros níveis do sistema de saúde. Em contrapartida, existe também a concepção de que a atenção primária à saúde, como um modelo de organização dos sistemas de saúde, se estrutura e se operacionaliza de forma a procurar atender às necessidades da população, implicando a sua articulação com os outros níveis do sistema. Deste modo, o sistema de saúde é concebido como uma rede integrada de serviços de atenção à saúde que funcionam de forma articulada na promoção de uma atenção continuada.

No âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da atenção primária à saúde é a 'atenção básica'. Esta designação, essencialmente brasileira, foi formulada com o intuito de "construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção" (Brasil, 2003a: 7)

Assim, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) define Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Percebe-se por trás dessa conceituação a defesa do conceito de saúde conforme este foi definido no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde,⁴ isto é, como “a resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Baptista, 2005: 30) e a defesa da consolidação dos princípios do SUS.⁵

Estendendo a Cobertura em Saúde: Sesp, Fundação Sesp, Piass⁶

Cabe perguntar aqui como esse debate sobre modelos tecnoassistenciais e atenção primária se apresentou no Brasil? Nesse momento, iremos contextualizar esses debates dentro da história das políticas de saúde, com um recorte que privilegia os subsídios da consolidação da ESF como proposta de organização da Atenção Básica no Brasil.

Como dissemos na primeira parte, a discussão de modelos tecnoassistenciais nos permite reconhecer que existem diferentes propostas de organização e distribuição da atenção à saúde. Silva Júnior (2006) apresenta que, no Brasil, foram constituídos três modelos:

- Modelo de Saúde Pública: surgiu no início do século XX. Englobava a estratégia de combate de epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias e, pela proposta do Centro de Saúde, difundida pela Fundação Rockefeller, que prestava serviços para combate de doenças endêmicas, vacinações, puericultura, pré-natal e outras atividades de prevenção.
- Modelo de assistência médico-previdenciário: surgiu na década de 1920, e envolvia a prestação de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Englobava a rede de hospitais ligados aos institutos de Assistência e Previdência, incorporando a concepção da medicina científica de assistência. Representa o modelo liberal ou liberal-privatista hegemônico no Brasil.

⁴ Sobre as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, ver Baptista, texto “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

⁵ Sobre os princípios do SUS, ver Matta, texto “Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

⁶ Serviço Especial de saúde Pública (Sesp), Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- Medicina Comunitária: difundida nas universidades a partir da década de 1960, pela construção de núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos, e os frutos dessas experiências vieram a constituir a base do movimento de Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980.

Apresentados esses grandes marcos, iremos enfatizar a recomposição da trajetória das iniciativas de extensão de cobertura da saúde no Brasil, buscando elementos inspiradores para a construção da ESF. Essa tarefa foi facilitada pela contribuição de Silva e Dalmaso (2002), que recuperaram essa história em trabalho recente sobre a prática e a identidade dos ACS. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e a implantação dos programas de extensão de cobertura foram algumas das propostas que embasaram e determinaram o surgimento das diretrizes e dos princípios do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Criado em 17 de julho de 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, como consequência de convênio firmado entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, o Sesp tinha como atribuições centrais o saneamento da região Amazônica e do Vale do Rio Doce, a prevenção e as investigações sobre a malária, a assistência médico-sanitária dos trabalhadores inseridos em atividades ligadas ao desenvolvimento econômico das regiões, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração no combate à lepra.

Foram atendidos principalmente:

os trabalhadores removidos do Nordeste para a exploração da borracha na região Amazônica, bem como populações já existentes na área e os que trabalhavam na extração da mica e cristal da rocha nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás e ainda os que trabalharam na reconstrução da Estrada de Ferro Vitória-Minas, da Companhia Vale do Rio Doce. (Silva & Dalmaso, 2002: 23-24)

A especificidade da escolha pelo Amazonas e o Vale do Rio Doce era devido ao fato de que estas regiões eram grandes produtoras, respectivamente, de borracha e minério de ferro, matérias-primas importantes para a ofensiva de guerra norte-americana. Os altos índices de malária e febre amarela que acometiam os trabalhadores dessas regiões poderiam prejudicar os interesses dos Estados Unidos, daí a necessidade de implantar estratégias que objetivassem diminuir a incidência de tais doenças.

SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da década de 1950, o Sesp expandiu seu campo de atuação e intensificou suas atividades, passando a desenvolver ações de assistência médica, educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis em várias regiões do país. Através da lei n. 3.750, de 1960, o Sesp foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F. Sesp), vinculada ao Ministério da Saúde. Em 1990, a F. Sesp e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) foram integradas à Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Conforme analisam Silva e Dalmaso (2002), a F. Sesp funcionou como um 'laboratório' para o aperfeiçoamento dos princípios e normas que hoje fundamentam o Pacs e o PSF. Segundo as autoras, algumas das principais diretrizes destes programas – como a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade, a abordagem familiar, a adscrição de clientela, o trabalho com equipes multiprofissionais, o enfoque intersetorial, o tratamento supervisionado para o controle de algumas doenças e a realização de visitas domiciliares – já faziam parte do modelo de assistência desenvolvido pela F. Sesp.

O delineamento do surgimento do Pacs e do PSF também tem como um importante marco de referência o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), referente ao período 1975-1979. Nesse período, a assistência médica brasileira caracterizava-se por um quadro de grandes contrastes: por um lado, uma medicina altamente especializada e cara, restrita a um pequeno segmento mais privilegiado da população; por outro, o não-atendimento das necessidades básicas de grandes parcelas da população.

Em 1972, foi elaborado, na III Reunião Especial de Ministros de Saúde da América Latina, o II Plano Decenal de Saúde para as Américas, que recomendava a todos os países o desenvolvimento de estratégias de extensão de cobertura dos serviços de saúde. No Brasil, o surgimento dos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) decorre da adoção de uma política social pelo Estado, o que se encontra expresso no II PND (Silva, 1983). O II PND formulava metas próprias para a política social cuja implicação mais ampla dizia respeito à superação da marginalidade social, econômica e cultural de grande parte da população brasileira. A Lei do Sistema Nacional de Saúde, criada após o II PND – lei 6.229, de 17 de julho de 1975 – foi considerada a primeira definição sistemática de uma política de saúde para o país. Por intermédio desta lei foram designados e ordenados os setores institucionais sob cuja responsabilidade deveriam ser desenvolvidas as ações pertinentes à saúde: o Conselho de Desenvolvimento

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Social e os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior, da Educação e Cultura e o do Trabalho.

Nesse contexto, surgem os PECs, na segunda metade da década de 1970, como proposta governamental de atendimento às necessidades básicas de saúde da população, até então sem assistência. Tais programas baseavam-se nas concepções do movimento da medicina comunitária, que preconizava, entre outros pontos, a integração de atividades preventivas e curativas voltadas para o indivíduo e a coletividade, a utilização de equipes de saúde, o uso de tecnologias apropriadas e o recurso à participação comunitária.

Os PECs que tiveram maior expressão no país foram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), instituídos no âmbito do II PND.

O Ppreps foi criado em 1975 pelo Ministério da Saúde em colaboração com o Ministério da Educação e Cultura e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Seu objetivo era preparar trabalhadores visando a um processo de extensão de cobertura adequado às diferentes necessidades de diversas regiões brasileiras. Como estratégia, definiu um processo de preparação de trabalhadores de nível médio e elementar em larga escala (Silva & Dalmaso, 2002).

Criado em 1976, a princípio para a região Nordeste, o Piass tinha por finalidade implantar estruturas básicas de saúde nas comunidades de até 20.000 habitantes, assim como contribuir para a melhoria do nível de saúde da população local (Souza, S. P. S., 2001). O programa possuía como diretrizes básicas a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades beneficiadas; a ampla participação comunitária e a desativação gradual de unidades itinerantes de saúde que seriam substituídas por serviços básicos de saúde de caráter permanente (Souza, J. H. A. 1980).

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária (iniciado na década de 1970), determinante para o surgimento de iniciativas de práticas de atenção primária à saúde, teve seu apogeu quando conseguiu que a saúde fosse declarada como um direito do cidadão e um dever do Estado, na Constituição Brasileira de 1988. A instituição da saúde como um direito da cidadania brasileira e as lutas do movimento pela Reforma Sanitária convergem na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início dos anos 90, atra-

SAÚDE DA FAMÍLIA

vés da criação da Lei Orgânica da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde.

Ressalte-se que a reforma da saúde no Brasil, segundo Viana e Dal Póz (1998), foi do tipo *big-bang*, tendo introduzido modificações significativas no modo de operação do sistema de saúde brasileiro e criado um novo modelo de assistência pública em 1988 – o SUS. Este pode ser definido, segundo os mesmos autores, por três características: “a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores, trabalhadores, gestores e usuários)” (Viana & Dal Póz, 1998: 6)

No início da década de 1990, o país ainda não dispunha de um modelo de atenção que respondesse às necessidades da população, garantindo-lhe cobertura adequada. Tem-se, assim, de um lado, a carência de cobertura na saúde, associada à crise de financiamento do setor; de outro, os resultados positivos alcançados pelo Pacs quanto à diminuição da mortalidade infantil e materna. Tornou-se, então, pauta política no Ministério da Saúde a viabilização de uma proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutiva do Pacs e criar as condições para a sua expansão em direção aos centros de maior complexidade urbana. Essa proposta é criada em 1994, com formato de programa – o PSF –, tendo como eixo lógico o marco da promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde.

Segundo Mendes (2002), a implantação do PSF significou o quinto ciclo de expansão da atenção primária à saúde no país. De acordo com este autor, as propostas da Medicina Geral e Comunitária – iniciada em Porto Alegre em 1983 –; da Ação Programática em Saúde – originada em São Paulo nos anos 70 –; do Médico de Família – implantada em Niterói em 1992 –; e o modelo de Defesa da Vida – desenvolvido em Campinas no final dos anos 80 –, foram algumas alternativas de implantação de serviços de atenção primária à saúde no país anteriores à formulação do PSF. No que diz respeito a experiências mais aproximadas e de repercussão mais imediata na formulação do PSF, destacamos o Programa de Médicos de Família da Fundação Municipal de Saúde, em Niterói (RJ), e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RS).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Médicos de Família sofreu influência direta do modelo cubano de medicina familiar, que foi efetivada por meio de um processo de colaboração entre técnicos cubanos e fluminenses visando à adaptação da experiência daquele país à realidade sócio-político-cultural do município brasileiro, considerando também os princípios e as diretrizes do SUS. O programa desenvolveu-se de forma paralela à rede municipal, sob a coordenação da então Superintendência de Ações Integradas de Saúde, hoje, vice-presidência de atenção coletiva, ambulatorial e da família da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

As equipes constituem-se de um médico generalista e um auxiliar de enfermagem que contam com supervisão clínica nas seguintes áreas: clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia, pediatria, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social. Os supervisores são responsáveis pela realização de interconsultas, pela educação continuada da equipe e pela operacionalização da referência e contra-referência. Os ACS não foram integrados a essa experiência; entretanto, os auxiliares de enfermagem são recrutados nas comunidades abrangidas pelo programa, sendo qualificados pelos médicos no próprio serviço (Souza, S. P. S., 2001).

O trabalho é organizado em horário integral, tendo como núcleo básico de abordagem a atenção à família. O atendimento da população é realizado nos módulos (unidades ambulatoriais) e nos domicílios, incluindo atividades de visita hospitalar a pessoas internadas, assim como atividades com objetivos educativos e de assistência e promoção social. À associação de moradores local cabe a contratação dos profissionais da equipe, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT –, mediante o repasse de verbas do município. Um diferencial importante nessa experiência “residiria no estabelecimento de uma nova relação médico-paciente, na revisão da prática médica, na forma de contratação, capacitação, supervisão e avaliação dos profissionais e na parceria entre governo municipal e associações de moradores na gestão do Programa” (Senna & Cohen, 2002: 527).

Em Porto Alegre, o Grupo Hospitalar Conceição⁷ organizou, a partir de 1983, a divisão de saúde comunitária, adotando o nome de Serviço de Medicina de Família, instituindo, inicialmente, um programa de residência

⁷ Desde 1975, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) tornou-se uma sociedade anônima, da qual o Ministério da Saúde é o principal acionista. O GHC compõe-se de quatro unidades hospitalares que funcionam integralmente para o SUS.

SAÚDE DA FAMÍLIA

em medicina geral e comunitária e, mais tarde, ampliando sua proposta de trabalho, um serviço de saúde comunitária.

As atividades desenvolvidas incluíam consultas agendadas, visitas domiciliares, grupos de auto-ajuda e mobilização comunitária (Aguiar, 1998). A experiência do Grupo Hospitalar Conceição pode ser caracterizada "como um serviço de saúde comunitária com características de educação continuada para profissionais de saúde nas áreas de medicina interna, psicologia, assistência social, odontologia, técnico em higiene dental e agente comunitário de saúde" (Souza, J. H. A., 1980: 9). Seus eixos estruturantes são a medicina geral e a atenção primária implicada com o conceito ampliado de saúde, incorporando também as noções de cuidados primários e com ênfase na participação da comunidade.

Vale destacar ainda o caráter multidisciplinar da composição das equipes de saúde e o fato de esta experiência ter-se desenvolvido em uma estrutura hospitalar com forte apoio popular, em um contexto adverso de construção do sistema municipal de saúde, em que município e estado divergiram e confrontaram-se, por um longo período, quanto ao processo de descentralização.

A Implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família

Voltando um pouco no tempo, conforme assinalado anteriormente, a criação do Piass, em 1976, possibilitou que o número de unidades básicas de saúde fosse ampliado nas comunidades de até 20.000 habitantes. Com sua expansão em nível nacional⁸ e a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades beneficiadas com estes serviços, o Piass possibilitou a multiplicação de experiências de práticas de saúde com trabalhadores (não-qualificados) recrutados na comunidade. Outras instituições do Estado, como a Pastoral da Criança, a Pastoral da Saúde, o Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros, também estimularam o desenvolvimento de projetos que contribuíram para a difusão do exercício desta prática no país. Iniciativas como as de Montes Claros, em Minas Gerais, Vale da Ribeira, em São Paulo, dos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Cea-

⁸ Segundo Mendes (2002), o número de unidades básicas de saúde em 1975 era de 1.122; em 1984 este número passou a 13.739, significando um aumento de 1,255% em uma década.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

rá, foram imprescindíveis para determinar a formulação do Pacs pelo Ministério da Saúde em 1991 (Vianna & Dal Poz, 1998).

A implantação do Pacs começou pelos estados da região Nordeste, mais precisamente no estado da Paraíba, priorizando as ações de informação e educação em saúde voltadas para a área materno-infantil. Posteriormente, com a entrada do cólera no país, o Pacs estendeu-se, em caráter emergencial, aos estados da região Norte, onde os ACS assumiram importante papel no controle e na prevenção da doença (Vianna & Dal Poz, 1998). Vale ressaltar, entretanto, que a primeira experiência, em ampla escala de utilização do trabalho dos ACS, ocorreu no Ceará no período compreendido entre 1987 e 1990. O programa de agentes de saúde estava incluído no plano de governo do estado do Ceará apresentado em março de 1987. As equipes dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde acreditavam na importância do papel dos agentes na assistência à saúde da população, por terem participado de experiências com agentes em outras regiões.

Em meados de 1987, muitos aspectos operacionais importantes do projeto ainda estavam em discussão quando se configurava o quadro de seca em amplas áreas do estado. Nesta contingência, viu-se a possibilidade de, em curto prazo, envolver em atividades de promoção de saúde vários moradores destas áreas, os quais seriam remunerados com fundos especiais de emergência de origem federal destinados à região Nordeste. Entre setembro de 1987 e agosto de 1988, 6.113 pessoas foram contratadas (95% mulheres) em 118 municípios do sertão. Após um treinamento simplificado de 15 dias, essas moradoras trabalharam por um período de seis a 12 meses, promovendo alguns cuidados de saúde: aleitamento materno, terapia de reidratação oral e vacinação (Silva & Dalmaso, 2002).

Os resultados dessa experiência e as recomendações a respeito das dificuldades e desafios apontados no relatório⁹ elaborado por Minayo, D'elia e Svitone (1990), com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), foram essenciais para a implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) em 1991, que passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), a partir de 1992. Por meio do Pacs, o Ministério da Saúde não só institucionalizou as experiências que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país, como também garantiu legitimidade à função dos ACS.

⁹ O objetivo do relatório era a identificação dos fatos mais importantes gerados no processo de implementação do Programa de Agentes de Saúde do Ceará.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Na concepção original desse programa, o ACS deve ser morador da comunidade onde trabalha, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever e estar disponível para atuar oito horas diárias. Atualmente, segundo a lei n. 11.350, de 05 de outubro de 2006,¹⁰ que regulamenta a atividade dos ACS, são requisitos para o exercício da atividade de ACS: residir na área da comunidade em que atuar, haver concluído, com aproveitamento, o curso introdutório de formação inicial e continuada e haver concluído o ensino fundamental.

O programa possui um sistema de informação específico, com registro das atividades cotidianas dos agentes, além de alguns dados sobre morbidade e mortalidade. Cada ACS fica responsável por um contingente de 100 a 250 famílias da sua área de atuação, atendendo um número máximo de 750 pessoas. A avaliação e a supervisão do trabalho do ACS são realizadas pelo enfermeiro, que deverá ter sob a sua responsabilidade um número máximo de trinta ACS. O êxito e a necessidade de incorporar novos profissionais para que o Programa não funcionasse de forma isolada fez o Pacs ser compreendido atualmente como estratégia transitória para o PSF.

No PSF, a equipe de saúde é responsável por uma área geográfica definida, com 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.000 habitantes.¹¹ A equipe mínima é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e o número suficiente de ACS para cobrir 100% da população cadastrada, com limite máximo de 12 ACS por equipe.

Pode também integrar-se ao PSF a equipe de saúde bucal (ESB),¹² sendo responsabilidade dos municípios garantir infra-estrutura necessária ao seu funcionamento. A ESB é composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, e se responsabiliza pela mesma população e território que uma ou duas equipes de Saúde da Família, às quais tem seu trabalho integrado. O gestor municipal pode ampliar a equipe, incorporando outros profissionais que julgar pertinente para a melhoria da atenção básica à saúde da população do seu município.

¹⁰ Sobre o trabalho dos ACS, ver Morosini, Corbo e Guimarães, texto "O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas de saúde: concepções do trabalho e da formação profissional", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

¹¹ Segundo a portaria n. 648, de 28 de março de 2006, a média recomendada é de 3.000 habitantes por equipe.

¹² Segundo o Programa de Atenção Básica (Brasil, 2006), a saúde bucal é considerada área estratégica da atenção básica.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF surge no cenário brasileiro como um importante indutor de mudanças no modelo assistencial. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1998: 1), o objetivo do PSF:

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 o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Com base nos princípios do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde, o PSF incorpora as noções de 'integralidade e 'universalidade' da assistência, 'equidade', 'resolutividade' e 'humanização' do atendimento e estímulo à 'participação comunitária', com o objetivo de corrigir as diversas distorções que os modelos de assistência à saúde apresentaram no decorrer dos anos. Cabe ressaltar que, concebido como um programa que se origina tendo em vista os princípios da atenção primária à saúde, deve levá-los em consideração no processo de organização e implementação de suas ações.

Visitando mais uma vez o termo integralidade, vale destacar que este se inscreve na Constituição Brasileira, no artigo 198, como uma das diretrizes do sistema de saúde, que deve estar organizado com "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (Brasil, 1988). No artigo quarto da lei n. 8.080, de setembro de 1990, a integralidade ganha ainda mais relevância, uma vez que as ações e os serviços do SUS devem ser desenvolvidos obedecendo, entre outros, ao princípio da "integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (Brasil, 1990a).

A saúde da família, ao pautar-se pelo princípio da integralidade, está se comprometendo na busca da organização dos serviços, ações e práticas de saúde, de forma a garantir à população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Essa atitude implica uma compreensão ampliada do sofrimento e dos problemas de saúde que se apresentam aos serviços, assim como precisa acionar um conjunto de práticas e saberes que devem ser articulados para dar conta dessas questões. Na mesma medida, esse compromisso

SAÚDE DA FAMÍLIA

implica também estreitar a relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde, que precisam atuar de forma complementar e contínua, por isso a garantia de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar é item necessário para a implantação das equipes de Saúde da Família. Da mesma forma, devem ser contínuos e integrados os componentes preventivo e curativo das práticas desenvolvidas nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a atenção à saúde.

A 'universalidade' é o princípio primeiro, grande diferencial do SUS, expresso na Constituição Brasileira, que afirma que: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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, 1988). A universalidade está diretamente ligada à acessibilidade. O sistema só é universal na medida em que se torna acessível, o que tem estreita relação com o contexto da atenção básica no Brasil, que, aproximada às diretrizes da atenção primária, tem o desafio de se constituir como a porta de entrada do sistema de saúde. Pretende-se, dessa forma, evitar que a população acesse o sistema por múltiplas portas de entrada na tentativa de garantir o atendimento às suas necessidades.

Entretanto, ao contrário do que se deseja, os serviços de urgência e emergência se configuram como a porta de entrada de escolha de grande parte da população. O perfil de morbidade da clientela atendida nos prontos-socorros demonstra que grande parte destes atendimentos se caracteriza por situações que poderiam ser resolvidas em um serviço de atenção primária de qualidade. Tal situação reflete, entre outras coisas, a necessidade de, conforme aponta Cecilio (1997: 475), "pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários". A qualificação das portas de entrada com o intuito de se constituírem como espaços de acolhimento para a população, com posterior encaminhamento para o serviço mais adequado a cada caso, é uma das possibilidades de organização dos fluxos dos serviços, visando a garantir maior resolutividade na sua utilização.

A saúde da família reitera na atenção básica a tentativa de facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, constituindo um conjunto de ações e práticas que têm como objetivo incorporar ou reincorporar parcelas da popula-

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

ção historicamente apartadas dos serviços de saúde. A Atenção Básica (Brasil, 2006b: 10) é definida como “o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde”, portanto, tem um caráter de reorganizador de todo o sistema.

Por sua vez, a ‘equidade’ se baseia em um princípio ainda maior, a igualdade, corolário das lutas políticas que se pautam pela ampliação e universalização dos direitos sociais, conseqüentemente, pela ampliação da face pública do Estado, em nível mundial. Todavia, o princípio da equidade acrescenta um aspecto diferencial na pauta da igualdade na atenção à saúde: o reconhecimento da condição de igualdade entre as pessoas em relação aos direitos, mas também o reconhecimento das condições que as diferenciam em relação às possibilidades concretas de gerar a própria existência e de vivê-la. Essas condições implicam possibilidades diferenciadas de acesso a ações e serviços de saúde e aporte desigual de recursos e equipamentos públicos.

Considerando isso, a saúde da família orienta-se pelo respeito ao direito igualmente atribuído à população brasileira em geral de ter as suas necessidades de saúde atendidas, mas compromete-se também a considerar as diferenças e desigualdades historicamente instituídas e que se expressam, por exemplo, em indicadores de morbidade e mortalidade diferenciados segundo regiões, estratos sociais, etários, de gênero etc., que geram necessidades diferenciadas de saúde e, conseqüentemente, exigem uma política de saúde capaz de se organizar e responder de forma apropriada a essas múltiplas questões e de contribuir para a redução das desigualdades.

A ‘humanização’ do atendimento remete à noção de cuidado, que, por sua vez, está diretamente relacionada à condição humana, ou seja, à necessidade de cuidados como algo que distingue o humano das demais formas de existência e que evoca questões éticas relativas ao convívio socialmente estabelecido, no caso do trabalho em saúde, incluindo, também, aspectos ligados à ética profissional. Trata-se do âmbito das relações humanas, do acolhimento do outro, do respeito à alteridade expressa em um sujeito doente, com história e trajetória particulares, emergidas de um processo coletivo de vida, adoecimento e busca de soluções e explicações para esse adoecimento. É, enfim, o nicho do estabelecimento dos vínculos de ordem afetiva e técnica que permitem a construção de relações de responsabilidade e reciprocidade entre a população e os serviços de saúde, desde o encontro entre os sujeitos que demandam os serviços e os sujeitos trabalhadores dos serviços.

SAÚDE DA FAMÍLIA

A humanização, não só, mas principalmente, no caso da saúde da família, diz respeito também à continuidade do atendimento e à possibilidade de estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde e a população abrangida e de como esses vínculos podem apoiar a população no caso de necessidade de referência a outros níveis de atenção em que novos vínculos precisarão ser estabelecidos.

A 'participação da comunidade' é outra diretriz constitucionalmente instituída para a saúde, amparada também na legislação específica para o setor: lei n. 8.080, de setembro de 1990, que a apresenta como um princípio de organização do SUS, e lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que trata especificamente da participação da comunidade na gestão do SUS, junto com os dispostos em relação ao financiamento intergovernamental da área da saúde (Brasil, 1990a; 1990b).

Os propósitos da saúde da família vão ao encontro da participação popular, uma vez que perseguem a aproximação das ações em relação às necessidades da população e, por coerência, à compreensão de que a população pode qualificar e modificar a definição e a execução das políticas públicas, no sentido de sua maior democratização.

A ESF tem como característica do processo de trabalho a "promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações" (Brasil, 2006). Assim, a saúde da família tem entre seus objetivos o incentivo à organização popular visando a maior participação dos cidadãos nos mecanismos de participação direta e/ou representativa dos diversos setores públicos que concorrem para as condições de vida das localidades atendidas. Destacam-se, principalmente, as instâncias participativas previstas no setor saúde – conselhos e conferências –, além de outros meios de mobilização e organização, como as associações de moradores, os sindicatos etc.

Dois princípios da ESF também reforçam a participação popular, o primeiro é que a saúde da família deve ser um espaço de construção da cidadania, e o segundo é buscar a integração com instituições e organizações sociais. Trabalhando em contato direto com a expressão da intersetorialidade no campo da saúde, a ESF prevê a busca de parcerias e a integração com projetos sociais e afins.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Cabe destacar ainda que uma das diretrizes operacionais apontadas para o trabalho das equipes de Saúde da Família é a oferta de uma atuação centrada na lógica da vigilância à saúde. Existem alguns conceitos correntes sobre este termo. Segundo Mendes (1996: 243), a vigilância à saúde é

uma nova resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde pelo paradigma da produção social da saúde. Por conseguinte, essa prática tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial.

Segundo Teixeira et al. (1998), a vigilância à saúde parte da territorialização do trabalho em saúde, isto é, da localização sócio-político-geográfica do processo saúde-doença que permite a compreensão dos problemas de saúde em seu contexto territorial e o planejamento mais adequado das intervenções necessárias, desde a definição de prioridades ao estabelecimento das ações mais adequadas.

A definição de território passa pela identificação “das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde” (Teixeira, Paim & Villasbôas, 1998: 20) e o desenvolvimento de um processo de mapeamento do município por meio da coleta sistematizada de dados sobre a população e as condições socioeconômicas e sanitárias das localidades. Não é à toa que um trabalho prévio ou concomitante à instalação das equipes de Saúde da Família em uma região consiste no mapeamento das áreas e microáreas de atuação e na sua distribuição pelas equipes. Em seguida, estas realizarão o cadastramento das famílias e o levantamento das principais informações socioeconômicas e sanitárias da região adscrita.

Do Programa à Estratégia

Inicialmente, o Ministério da Saúde concebeu a saúde da família como um programa. Entretanto, a partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de 'Estratégia de Saúde da Família' por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Mattos (2002), a história do PSF pode ser dividida em dois períodos: o primeiro se estende desde a sua criação até 1996, quando o PSF é visto como um modelo de extensão de cobertura do acesso aos serviços de saúde; e a partir de 1996, quando o PSF passa a ser considerado uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência.

Nos primeiros anos de implantação do programa, o apoio financeiro aos municípios que desejassem aderir à proposta era firmado em bases convenientes; ou seja, não foram desenvolvidos, neste momento, dispositivos específicos para o financiamento de sua implantação. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 1994: 12-13), "O PSF será implantado, prioritariamente, nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Ipea, de acordo com as características geográficas e a distribuição da população em cada município". Tal orientação deixa clara a intenção do governo federal em expandir a cobertura do PSF para áreas com populações empobrecidas.

Desde 1996, o PSF passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial tendo em vista a atenção básica. Neste momento, o objetivo geral do programa era imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, configurando-se como uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo assistencial (Brasil, 1997). Para tanto, a forma de financiamento pelo governo federal aos municípios é reformulada, por meio da criação, pela NOB 96, do Piso de Atenção Básica variável.¹³ Esta proposta, contudo, não foi implementada no seu formato original, sendo promulgada, em 19 de fevereiro de 1998, a portaria n. 157, que estabeleceu as normas de repasse dos incentivos financeiros aos municípios que implantaram o PSF e o Pacs. Segundo esta portaria, foi estabelecido um valor específico para cada equipe de PSF implantada, repassado fundo a fundo, em função do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo do município. No caso do Pacs, o município receberia um valor fixo para cada agente comunitário contratado, independente do valor do PAB fixo.

¹³ O Piso de Atenção Básica (PAB) foi implantado em 1997 e consiste em um total de recursos financeiros destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de atenção básica de saúde. É composto de uma parte fixa – PAB fixo –, que corresponde a um valor *per capita* multiplicado pela população total de cada município. O PAB também possui uma parte variável – PAB variável, que é transferido para o fundo municipal de saúde para o desenvolvimento de alguns programas e ações especificados pelo Ministério da Saúde, entre os quais se destacam o PSF e o ACS.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1999, por meio da portaria n. 1.329, de 12 de novembro, o financiamento do PSF se estruturou não mais sob a lógica de número de equipes implantadas; o que passou a definir o montante de recursos repassados ao município foi o percentual de cobertura populacional realizado pelas equipes de PSF. A portaria instituiu também o valor de dez mil reais, como incentivo adicional, por equipe de PSF implantada.

A portaria n. 396, de 4 de abril de 2003, reajustou em 20% os valores dos incentivos financeiros ao PSF e Pacs, além de definir um financiamento diferenciado para a implantação do PSF em municípios com mais de 100 mil habitantes. O governo federal mais do que duplicou os recursos destinados ao PSF entre 1999 e 2000, o que correspondeu a uma decisão política de despertar um maior interesse dos gestores municipais pela expansão deste programa (Mattos, 2002).

Entretanto, na nova portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o financiamento das equipes de Saúde da Família volta a ser repassado aos municípios, levando-se em consideração o número de equipes implantadas. O somatório das partes fixa e variável do PAB compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica, agora em conformidade também com as diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de gestão. A parte variável do PAB representa o montante de recurso financeiro destinado a incentivar a Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal (SB) e outros programas prioritários. Os recursos do Teto Financeiro da Atenção Básica/PAB terão sua utilidade definida nos planos municipais de saúde, no âmbito das ações previstas para a Atenção Básica. A transferência de recursos fica vinculada à alimentação obrigatória dos dados do Siab.

Foram estabelecidas duas modalidades de financiamento das equipes de Saúde da Família, conforme a portaria n. 648, alterada pela portaria n. 822, de 17 de abril de 2006:

1. Modalidade 1 – As ESF que atendam aos seguintes critérios:
 - I- Municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal; ou
 - II- Municípios com população de até 30 mil habitantes e estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7, nos demais estados do país;

SAÚDE DA FAMÍLIA

III- As que já faziam jus ao recebimento de acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de ESF e ESB que implantar, e

IV- AS ESF implantadas em municípios não-incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos e/ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. Modalidade 2: as ESF que não se enquadram nos critérios da modalidade 1.

A portaria n. 650, de 28 de março de 2006, define o valor de R\$ 8.100/mês/equipe para as ESF na modalidade 1 e o valor de R\$ 5.400,00 a cada mês/equipe para as incluídas na modalidade 2. O valor do incentivo financeiro para os ACS é de R\$350,00 por ACS,¹⁴ a cada mês. Essa mesma portaria define o valor de R\$20.000,00 (dividido em duas parcelas iguais) para cada Equipe de Saúde da Família implantada, como recurso para investimento nas unidades básicas de Saúde e realização do curso introdutório, que deve ser realizado até 3 meses após a implantação da ESF.

A portaria n. 2.133, de 11 de setembro de 2006, define o valor mínimo da parte fixa do PAB em R\$ 15,00 por habitante ao ano. Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são definidos pela legislação federal do SUS, mas podemos destacar o Plano de Saúde Municipal e o Relatório de Gestão, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde a cada ano. E a portaria n. 648 estabelece como indicadores de acompanhamento da Atenção Básica para 2006 a cobertura de média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, a proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal, razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres entre 25 e 29 anos e a população feminina nessa faixa etária, e a cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%.

¹⁴ Esta portaria estabelece que, no último trimestre de cada ano, será repassada uma parcela extra para cada ACS cadastrado no Siab, no mês de competência de agosto, a título de pagamento do 13º salário.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Consideramos extremamente importante a construção desses indicadores de avaliação, pois eles têm um grande impacto na orientação das atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família e, portanto, na reorientação do modelo assistencial. Nesse sentido, consideramos que os critérios de avaliação dos profissionais e das equipes, ainda muito centrados em indicadores numéricos, podem induzir, por exemplo, o ACS a concentrar seu trabalho na marcação de consultas e no preenchimento de fichas, em detrimento da sua capacidade de desenvolver atividades educativas e intersetoriais. A avaliação do trabalho dos profissionais tem uma forte influência na determinação de seu processo de trabalho e, portanto, da orientação do modelo tecnoassistencial.

Para se ter noção da magnitude do Pacs e do PSF na reorganização da atenção básica, cabe registrar as metas de implantação do PSF estipuladas pelo Ministério da Saúde. Para o final de 2006, a meta era ampliar o número de equipes de PSF implantadas para cerca de 32 mil, o que possibilitará o atendimento de 100 milhões de pessoas nos diversos sistemas de saúde municipais.

Estes números equivalem a uma cobertura de cerca de 77% da população brasileira. Para tanto, o Ministério da Saúde desenvolveu, em 2002, apoiado pelo Banco Mundial, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). O volume total de recursos para os sete anos de vigência do programa (2002-2009) é de US\$ 550 milhões, sendo 50% financiado pelo Banco Mundial e 50% como contrapartida do governo brasileiro.

O Proesf tem como objetivo o apoio à organização e ao fortalecimento da atenção básica no país por meio do investimento em estratégias de qualificação dos trabalhadores e de monitoramento e avaliação da atenção básica. Os recursos disponibilizados pelo projeto visam, também, a auxiliar a implantação e consolidação do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes por meio da reestruturação das unidades e equipes do programa, da integração com os outros níveis do SUS e do aperfeiçoamento da gestão do sistema.

Em dezembro de 2006, o Ministério da Saúde divulgou resultados do avanço dessa meta, e a população acompanhada pelos ACS chegou a 109.712.383 habitantes (59,1%) e a população acompanhada pelas ESF alcançou um total de 85.734.139 habitantes (46,2%). Essa cobertura está sendo atingida por meio da atuação de 219.492 ACS e 26.729 equipes de

SAÚDE DA FAMÍLIA

Saúde da Família. Em relação à implantação das equipes de Saúde Bucal, observamos em dezembro de 2006 (Brasil, 2006), uma cobertura de 39,8% da população, por meio de 14.775 ESB.

As Atribuições dos Trabalhadores da Saúde da Família

As equipes de Saúde da Família, segundo a portaria n. 648, devem receber um processo de capacitação concomitante ao início do trabalho, por meio de curso introdutório para toda a equipe a ser realizado em até três meses após a sua implantação. A responsabilidade da realização desse curso é da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde nos municípios com população inferior a 100 mil habitantes. Nos municípios com população superior a 100 mil habitantes, o curso introdutório é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Os conteúdos mínimos desse curso estão definidos na portaria n. 2.527, de 19 de outubro de 2006. Essa portaria define que a carga horária mínima do curso é de 40h, e seu conteúdo está englobado em quatro grandes temas: a Atenção Básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação; a organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial; o processo de trabalho das equipes; atuação interdisciplinar e participação popular.

Fortalecendo estratégias formativas, foram também criados incentivos para processos de qualificação profissional, como a liberação de oito horas da carga horária semanal para atividades em residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade (Brasil, 2006a) ou incentivos financeiros para os municípios aderirem a estratégias de formação de alunos de graduação de enfermagem, medicina e/ou odontologia e de residência médica em Medicina de Família e de Comunidade (Brasil, 2006b).

Porém, esses incentivos concentram-se na qualificação dos profissionais de nível superior, ao passo que os ACS foram predominantemente qualificados em serviço, com poucas diretrizes. Durante muito tempo foi responsabilidade do profissional de enfermagem da ESF o planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS, assim como supervisionar, coordenar e realizar as atividades de educação permanente dos mesmos.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Portanto, compreendemos como uma importante mudança nesse processo a publicação do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde em julho de 2004, definindo conteúdo, carga horária, enfim, as condições mínimas para a formação dos ACS e indicando as etapas de um itinerário formativo composto de três módulos.

Entretanto, até o momento, tem-se garantido somente o módulo inicial dessa formação, que vem sendo principalmente realizada pelas escolas técnicas e centros formadores de Recursos Humanos do SUS,¹⁵ com financiamento do Ministério da Saúde.

Entendemos que a garantia do itinerário formativo estabelecido pelo Referencial Curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2004b) seria fundamental para qualificação dos ACS, tanto no sentido da desprecarização de sua formação quanto no fortalecimento da atuação do ACS como um 'elo' entre a comunidade e a equipe e um agente de cidadania, conforme as atribuições específicas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (Anexo 1):

1. desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita;
2. trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida;
3. estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
4. cadastrar e manter atualizado o cadastro – ficha A – todas as pessoas de sua microárea;
5. orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
6. desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e dos agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente em relação àquelas em situação de risco;

¹⁵ Trata-se de 37 instituições públicas, especificamente voltadas para a área da saúde, ligadas, em sua maioria, às secretarias de Saúde dos estados e municípios, cuja principal atribuição é ordenar, orientar e participar da qualificação profissional em saúde, buscando suprir a necessidade de trabalhadores qualificados para o SUS e colaborar na consolidação das políticas públicas de saúde (Reis et al., 2004).

SAÚDE DA FAMÍLIA

7. acompanhar, por meio de visitas domiciliares, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade;
8. cumprir atribuições de prevenção e controle da malária e da dengue.

Percebemos que se entende que os ACS devem dominar um âmbito de tecnologias leves, ou seja, a mediação entre saberes e práticas diversos, a criação de vínculo e o desenvolvimento de atividades educativas individuais e coletivas. Ressaltamos, porém, que mesmo que essas atividades tenham um grau de liberdade na sua execução, para sua realização adequada e crítica, requerem o domínio de um conjunto de conhecimentos teóricos, conforme o próprio Referencial Curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2004b) já identificou. E alertamos que essas dimensões podem ser capturadas quando se restringe o trabalho do ACS ao preenchimento de fichas e marcação de consultas, ou mesmo quando se entende que educação em saúde se refere à transferência de conhecimentos sobre o modelo biomédico do processo saúde-doença.

Destacamos que essas dimensões relacionais, educativas, intersetoriais e promotoras da cidadania não se restringem ao trabalho do ACS. A responsabilidade por conhecer a comunidade, identificar grupos, famílias e indivíduos em situação de risco, assim como desenvolver uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, promover ações de mobilização e participação da comunidade, identificando parceiros para ações intersetoriais são atribuições comuns de todos os profissionais da equipe (Brasil, 2006a). Da mesma forma, o estabelecimento de vínculos e a responsabilização pelo cuidado da população adscrita são requisitos do processo de trabalho de todos os profissionais que compõem a ESF.

Das atribuições específicas dos demais profissionais, destacaremos as do enfermeiro, pois este deve planejar, gerenciar, coordenar as ações desenvolvidas pelos ACS, segundo a portaria n. 648, assim como sua supervisão, coordenação e realização das atividades de educação permanente desse profissional. Também é atribuição específica do enfermeiro da ESF a realização da assistência integral aos indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF) preferencialmente, assim como a realização da consulta de enfermagem, solicitação de exames e prescrição de medicações (dentro das disposições legais da profissão).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

No que se refere às atribuições específicas do profissional médico, a portaria enfatiza a responsabilidade pela assistência integral aos indivíduos e famílias, consultas clínicas e procedimentos, preferencialmente na USF a realização de atividades de demanda espontânea programada, o encaminhamento dos usuários a serviços de média e alta complexidade, assim como a indicação da internação hospitalar ou domiciliar. Ao médico também cabe contribuir e participar das atividades de educação permanente do ACS, auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental. O auxiliar e o técnico de enfermagem devem participar das atividades de assistência básica, realizar ações de educação em saúde e participar do gerenciamento de insumos.

Em relação às atribuições dos membros da equipe de Saúde Bucal, o cirurgião dentista deve realizar o diagnóstico epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; a atenção integral em saúde bucal individual e coletiva, incluindo atendimento de urgências, pequenas cirurgias e encaminhamento a outros níveis de assistência; a supervisão técnica do Técnico em Higiene Bucal (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); e contribuir para as atividades de educação permanente do THD, ACD e ESF. Esse profissional também deve coordenar e participar das ações coletivas voltadas para a promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, assim como apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF.

O THD deve realizar a atenção integral em saúde bucal individual e coletiva, coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolver atividades referentes à saúde bucal com demais membros da ESF, apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal e participar do gerenciamento de insumos da USF.

O ACD tem como atribuição a realização de ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, a desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados, a instrumentalização e o apoio ao cirurgião dentista e/ou THD, a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, a organização da agenda clínica, a participação no gerenciamento de insumos e o desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF.

SAÚDE DA FAMÍLIA

No que se refere às atribuições específicas dos profissionais das ESF, acreditamos que, por mais que existam atribuições comuns a todos que enfatizam atividades de diagnóstico, planejamento, responsabilização, escuta qualificada, mobilização da comunidade e intersetorialidade, percebemos que, por vezes, essas responsabilidades ficam em segundo plano quando as atribuições específicas enfatizam outras dimensões, como as atividades clínicas centradas na USF, principalmente no caso dos médicos e dentistas.

Assim, se está explícito na portaria que 'preferencialmente' o médico e o enfermeiro devem atuar na USF, pode-se tender a uma organização do trabalho na qual as atividades assistenciais curativas se concentrem nos profissionais de nível superior, e as visitas domiciliares, as atividades de prevenção e promoção à saúde, mobilização comunitária e intersetorialidade se concentrem nos ACS. Esse tipo de organização pode levar a uma reprodução do modelo ambulatorial tradicional nas unidades de saúde da família. Desse modo, diante da dificuldade de mudança da formação dos profissionais de saúde¹⁶ e da resistência dos profissionais formados, ficamos com alguns obstáculos para a reorganização do modelo de atenção.

Se por um lado observamos que a organização do processo de trabalho da ESF prevista pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) abre possibilidades para mudança do modelo assistencial, pois tem como diretrizes o cuidado ampliado, valorização de saberes e práticas das diversas profissões e da comunidade, estímulo à participação da comunidade e o desenvolvimento de processos de avaliação, por outro lado, na prática dos serviços, os profissionais reinterpretam algumas diretrizes e organizam seu trabalho de acordo com suas próprias concepções de processo saúde-doença e da sua percepção da prática profissional.

Por isso Merhy (2002) nos alerta que as dimensões das tecnologias leves e do cuidado podem ser capturadas pelas tecnologias duras e leve-duras. Por exemplo, quando vemos que as áreas estratégicas definidas pela PNAB estão

¹⁶ Há algumas décadas se discute a necessidade de transformação da formação dos profissionais de saúde, de modo a superar as características do tradicional modelo flexneriano, discutido anteriormente no presente artigo. Nas propostas de mudança da formação, busca-se um perfil de profissional generalista, humanista e crítico, capaz de promover uma atenção integral (promoção, prevenção, assistência e recuperação) e que atue em equipe – conforme diretrizes curriculares dos cursos de saúde. Para aprofundar esse tema, sugerimos a leitura da coletânea *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (Pinheiro, Ceccim & Mattos).

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

na maioria centradas em patologias, como controle de hanseníase, diabetes, hipertensão, acreditamos que a ênfase na promoção da saúde fica em um segundo plano. E, mesmo quando são definidas áreas estratégicas, como saúde da criança e saúde da mulher, vemos que as responsabilidades desses cuidados, conforme definidas pelas Noas SUS 01/2001, também se concentram no controle de problemas de saúde como desnutrição infantil, infecção respiratória aguda (IRA) ou exames e procedimentos mínimos para acompanhamento da gestação e controle de câncer de colo de útero.

Ou seja, por mais que as diretrizes indiquem para a mudança do modelo, a forma como se descrevem as responsabilidades ou se criam fichas e protocolos, pode-se novamente direcionar o cuidado para a realização de procedimentos e uso de tecnologias duras (por exemplo, exames) ou leve-duras (restrição da saúde da mulher ao acompanhamento da gestação e controle de câncer ginecológico).

Nesse sentido, ressaltamos que existe uma íntima relação entre a estruturação do processo de avaliação do trabalho da SF, realizada pelos diferentes níveis de gestão do SUS, e a escolha, pelas equipes, das ações de saúde de abordagem prioritária. Tal relação pode restringir o processo de trabalho das equipes de forma a priorizar o atendimento das demandas geradas pela lógica do modelo assistencial centrado nas ações programáticas, em detrimento daquele que se pauta pelo atendimento das necessidades de saúde apontadas pela população adscrita, ou definidas pela equipe segundo as estratégias de planejamento local.

Pode-se discutir também o quanto se reproduz a fragmentação e a especialização do processo de trabalho na saúde da família quando se definem e se limitam tão claramente as atribuições dos profissionais e os meios de avaliar essas atividades, em detrimento dos processos coletivos de planejamento, organização e realização de responsabilidades e atividades que são comuns a todos.

Considerações Finais

Para a sua implantação e expansão, a saúde da família valeu-se principalmente de duas estratégias; de um lado, a indução à implantação mediante mecanismos de financiamento; de outro, investimentos significativos na forma-

SAÚDE DA FAMÍLIA

ção profissional, assim como trabalho político junto às associações e corporações profissionais e instituições de ensino superior. No que diz respeito à formação profissional, foram criados os pólos de capacitação em saúde da família, que instituíram o treinamento introdutório; também foram incentivadas a criação e a realização de cursos de residência e especializações em saúde da família, assim como foram apoiados os movimentos de reforma no currículo das profissões. Note-se, porém, que os investimentos listados têm focalizado os trabalhadores de nível superior, notadamente, o médico e o enfermeiro.

Desta forma, reproduz-se, na saúde da família, a mesma hierarquização do saber-poder, em relação às profissões de saúde, que condiciona a organização do processo de trabalho e a formação em saúde, constituindo um sistema de retroalimentação contínua. Segundo Sávio (2003), na maioria dos casos, o PSF repete o modelo médico-biológico: médicos mandam, enfermeiros obedecem e agentes comunitários cumprem. A saúde da família, portanto, não foge à regra no que tange à dívida social relativa à formação e gestão do trabalho do pessoal de nível médio.¹⁷

Pautando-se pelo princípio da integralidade do SUS e incorporando-o às reflexões sobre a formação e a organização do trabalho na saúde, verifica-se a necessidade de desconstruir a pirâmide da assistência tanto nas práticas da atenção quanto nas práticas do ensino, subvertendo a lógica que atribui maior complexidade aos níveis superiores do sistema de saúde e do sistema de ensino (Ceccim, 2003). Trata-se de refletir, principalmente, sobre o trabalho e a formação dos trabalhadores de nível médio como sujeitos estratégicos no cenário da reformulação da atenção básica.

A participação dos auxiliares de enfermagem tem-se dado de forma inespecífica na saúde da família, tendendo a reproduzir as mesmas atividades realizadas nas demais unidades de atenção básica, ou seja, procedimentos de pré-consulta, apoio à consulta, imunização, agendamentos e registro de informações. Cabe recordar que esta categoria profissional foi contemplada, a partir de 1999, com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que objetiva a qualificação profissional do auxiliar e técnico de enfermagem; a elevação de escolaridade, visando a integralizar o ensino fundamental dos auxiliares; e a formação

¹⁷ Trabalhamos com a noção ampliada de nível médio que inclui também o nível elementar.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

dos docentes para a qualificação profissional. Quanto aos técnicos de saúde bucal,¹⁸ ou técnicos de higiene dental, existe um amplo esforço de formação em curso, visando a atender às demandas motivadas a partir da incorporação desse profissional às equipes de Saúde da Família.

A força de trabalho de maior expressão numérica na saúde da família são os ACS que, em maio de 2003, quando se discutia no âmbito do Ministério da Saúde as bases da formação desses trabalhadores, somavam 170.423, constituindo um conjunto muito significativo de trabalhadores em situação precarizada em relação ao vínculo (76,7%), uma vez que somente 23,3% dos ACS têm contrato de trabalho regido pela CLT. Tal situação, associada ao quadro relativo do salário, torna-se ainda mais grave, pois 77,72% desses trabalhadores recebem uma remuneração de até R\$ 250,00. Em outubro de 2006, já observamos um crescimento significativo desses trabalhadores, que correspondiam a um total de 218.410, cobrindo 58,9% da população brasileira (Brasil, 2006).

Os profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família também estão, em sua maioria, submetidos a vínculos precários, com uma importante diferença: recebem salários muito mais expressivos do que os ACS. Cerca de 80% dos médicos da saúde da família recebem salário maior que R\$ 3.000,00; destes, 38,8% recebem salário superior a R\$ 4.000,00 (Brasil, 2003b). Além disso, os médicos têm uma mobilidade muito maior, sendo possível transitar de um município ao outro, buscando melhores condições de trabalho, inclusive de remuneração. Essa condição é facilitada pela condição liberal de sua profissão e pela não-exigência de residência no local de trabalho. Estes trabalhadores têm em seu favor, também, a exigüidade de profissionais formados para a saúde pública e a medicina geral, assim como têm, em seus conselhos profissionais, instâncias de representação política e de defesa dos interesses corporativos. Essas características permitem uma situação um pouco mais segura para esses trabalhadores, que estão menos sujeitos aos reveses políticos dos municípios.

É preciso destacar que a precarização do trabalho não é exclusividade da Saúde da Família, está generalizada no âmbito do SUS. Segundo

¹⁸ Técnico de saúde bucal é o nome mais recentemente adotado em substituição ao antigo técnico de higiene dental, de acordo com as novas bases curriculares para a formação na área da saúde (parecer 16/99 e resolução 4/99 do Conselho Nacional de Educação). Note-se, porém, que a nomenclatura técnicos de higiene dental ainda se encontra em uso.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Roberto Passos Nogueira, a precarização atinge 40% do total dos trabalhadores do setor público de saúde, somando 800.000 pessoas nessa situação (Brasil, 2003b). Um dado positivo nessa conjuntura é a lei n. 11.350, de 05 de outubro de 2006, que regulamenta a profissão dos ACS e estabelece, entre os requisitos para o seu exercício, a escolaridade de nível fundamental e a qualificação básica. Ademais, essa lei fortalece o movimento de desprecarização desse trabalhador ao submetê-lo ao regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho –CLT –, prevendo a realização de concurso público para admissão do ACS e agentes de Endemias.

Atualmente, podemos afirmar que os principais desafios que se colocam diante da ESF são a concretização de uma atenção básica resolutiva e contínua; a realização de uma política de gestão do trabalho que possibilite aos trabalhadores a conquista de vínculos de trabalho pautados pelas premissas básicas de cidadania; e a efetivação de uma política de educação profissional em saúde que permita uma formação profissional de qualidade tanto teórica-técnica quanto política para os trabalhadores do SUS.

Referências

- AGUIAR, D. S. *A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde*, 1998. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2005.
- BRASIL. *Constituição da República*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 29 set. 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2007.

BRASIL. *Saúde dentro de Casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. *Princípios Básicos para a Operacionalização de Saúde da Família*. Disponível em: <www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm>. Acesso em: 17 dez. 1998.

BRASIL. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. *Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS*, 2003b. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf>. Acesso em: 14 set. 2004a.

BRASIL. *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/sas/gab06/gabmar06.htm>. Acesso em: 30 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 649, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <www.2001.saude.gov.br/sas/gab06/gabmar06.htm> Acesso em: 30 ago. 2007.

CAMPOS, G. W. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul.-set., 1997.

CECIM, R. B. *Integralidade e currículos profissionais: desafios da formação profissional em saúde*. In: III SEMINÁRIO DO PROJETO DE INTEGRALIDADE, SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, Rio de Janeiro, jun. 2003. (Comunicação oral)

SAÚDE DA FAMÍLIA

- CORBO, A. & MOROSINI, M. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- FLEXNER, A. *Medical Education in the United States of America and Canada*. Disponível em: <www.carnegie.foundation.org/elibrary/docs/flexner_report.pdf>.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MEHRY E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2): 345-353, abr.-jun., 1999.
- LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians. A Work Document*. (Lalonde Report) Government of Canada, 1974. Disponível em: <www.hc-sc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html>.
- MATTOS, R. O Incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis – revista de saúde coletiva*, 12(1): 77-108, 2002.
- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.
- MENDES, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, 33, 83-9, 1991.
- MINAYO, M. C; D'ELIA, J. C. & SVITONE, E. *Programa Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso*. Fortaleza: Unicef, 1990. (Relatório final)
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à vigilância em saúde. In: ROUQUAIROL, M. Z. & ALMEIDA, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2006.
- REIS, et al. Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(1): 189-201, 2004.
- SÁVIO, D. *Atenção Básica e as Políticas Específicas: desafios para a construção da integralidade e da atenção à saúde*. In: III SEMINÁRIO DO PROJETO DE INTEGRALIDADE, SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, Rio de Janeiro, jun. 2003. (Comunicação oral)
- SENNA, M. C. M. & COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia de saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 523-535, 2002.

MODELOS DE ATENÇÃO E A SAÚDE DA FAMÍLIA

- SILVA, J. A. *Assistência Primária de Saúde: o agente de saúde do Vale da Ribeira*, 1983. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
- SILVA JÚNIOR, A G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SILVA, J. A. & DALMASO, A. S. W. *Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- SOUZA, J. H. A. O Modelo Piass, sua programação e sua evolução para o programa nacional de serviços básicos de saúde. In: VI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Anais....* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.
- SOUZA, M. F. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SOUZA, S. P. S. *A Inserção dos Médicos no Serviço Público de Saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano VII, 2, abr.-jun., 1998.
- VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. *Reforma em Saúde no Brasil: programa saúde da família – informe final*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 166)