



A análise do contexto histórico da Estratégia em Saúde da Família

Andrews Barcellos Ramos¹

ARTIGO DE OPINIÃO

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a evolução histórica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, destacando seus principais marcos e desafios, com o intuito de compreender o papel da ESF na reorganização da Atenção Primária à Saúde e sua contribuição para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à saúde da população brasileira. Através de uma revisão narrativa da literatura, busca-se evidenciar a importância da ESF como política pública de saúde e os desafios para sua consolidação no Sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se que este estudo contribua para um melhor entendimento da ESF e para a formulação de propostas de melhoria para a Atenção Primária à Saúde no país.

Palavras-chave: Saúde da Família, Estratégia em Saúde da Família, Sistema Único de Saúde.

An analysis of the historical context of the Family Health Strategy

ABSTRACT

The present study aims to analyze the historical evolution of the Family Health Strategy (ESF) in Brazil, highlighting its main milestones and challenges, in order to understand the role of the ESF in the reorganization of Primary Health Care and its contribution to improving access to and quality of health care for the Brazilian population. Through a narrative literature review, this study seeks to evidence the importance of the ESF as a public health policy and the challenges for its consolidation in the Unified Health System (SUS). It is expected that this study will contribute to a better understanding of the ESF and to the formulation of proposals to improve Primary Health Care in the country.

Keywords: Family Health, Strategy in Family Health, SUS.

Instituição afiliada – UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

Dados da publicação: Artigo recebido em 11 de Julho e publicado em 01 de Setembro de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p94-109>

Autor correspondente: Andrews Barcellos Ramos andrewsramos@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Ao analisar a importância da Estratégia em Saúde da Família (ESF) conforme seu contexto histórico, devemos abordar que política de saúde é reconhecida na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) como “Direito de todos e dever do Estado”. O conceito de saúde é reconhecido no Artigo 196 do CF de 1988 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080 / 1990:

Art. 196 – 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).

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde na década de 1990, é proposto novas exigências na organização do trabalho em saúde, bem diferente das práticas vigentes até os anos 1970 com a saúde muito atrelada ao setor privado e, muito hierarquizada a estrutura de atendimento.

Com a instituição pelo governo federal a partir de 1994, nota-se a sua disseminação de forma gradativa em todo os estados. Com essa implementação, a saúde estava sob a ótica de acordo com a determinação social e histórica.

Para começar, os profissionais em saúde tendem a trabalhar em equipe, configurando-se em um processo de trabalho coletivo como Almeida e Mishima (2001 destacam:

Compreendemos que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

Surge então, a família, como unidade de cuidado e, assim, um novo sentido ao processo de trabalho da ESF. Dessa forma, a assistência está voltada para as famílias. De acordo com os dados obtidos de atendimentos, o profissional começa a montar o esboço de atendimento e, juntamente com os outros profissionais, determinar a melhor maneira possível de atendimento.

De acordo com Mioto (2000):

O objetivo principal é identificar as fontes de dificuldades familiares, as possibilidades de mudanças todos os recursos (tanto os das famílias, como os meios sociais) que contribuam para que as famílias consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida. Tais mudanças pressupõem transformações nas pautas das relações internas e na relação das famílias com a necessidade. Isto implica o desenvolvimento da capacidade de discernir as mudanças possíveis de serem realizadas no âmbito dos grupos familiares e de suas redes, daqueles que exigem o engajamento deles em processos sociais mais amplos para que ocorram transformações de ordem estrutural.

A ESF surge como um propósito de contribuir na organização e gestão do SUS. Para isso, é necessário a municipalização da integralidade e participação da comunidade. Mesmo após sua criação em 1994, a ESF tende a ter uma perspectiva mais parecida com a que temos hoje a partir dos anos 1998, pois as necessidades de implementação desse novo modelo trouxe ainda dúvidas sobre o atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que ainda não atendia de maneira total a população onde ela está inserida.

A ESF traz como suas prioridades as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família e tendo como objetivo a reorganização das práticas assistenciais, substituindo o modelo tradicional de assistência, que era mais hospitalar, e a atenção deve estar norteadas na saúde do contexto familiar, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, o que possibilita a equipe de profissionais da saúde a compreensão abrangente do processo saúde-doença. Agora não tratamos só das práticas curativas, e sim da prevenção e atenção primária em saúde.

METODOLOGIA

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa com base na análise reflexiva de forma narrativa.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Sabe-se que a saúde e seus problemas estão atrelados as práticas cotidianas das populações envolvidas e estudadas. De acordo com a maneira que trabalham, como se exercitam, como se expõem a fatores estressantes e as mudanças que estamos sofrendo social e politicamente. Para acompanhar essas mudanças, o sistema de saúde do país modifica-se desde o final do século XIX, acompanhando as transformações políticas, econômicas e socioculturais do país. Essas modificações da atualidade alteram o processo saúde-doença, por considerar que o “ponto chave” está na focalização da saúde da família está na modernidade (ADRIANO, 2007).

Analisando a formatação da saúde no país, devemos olhar sua trajetória e, assim, identificar várias tendências na política de saúde no Brasil: a política de saúde na Ditadura Militar, na construção do projeto de reforma Sanitária na década de 1980 e hoje o modelo universal, um sistema de saúde público e para todos.

Para a sociedade brasileira, a ditadura significou a afirmação de uma tendência em desenvolvimento econômico, social e político que formou um novo país. Assim é verificado que os problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados tornando-se mais complexos. Notamos que o período de 1964 até 1974, trouxe uma relação da questão social, o Estado busca na sua intervenção a repressão e assistência, que a política de assistência foi aplicada, burocratizada e modernizada pelo Estado com o objetivo de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade brasileira, suavizando as tensões sociais conseguindo a legitimação do regime e servindo de mecanismo de acumulação do capital (ADRIANO, 2007).

Nesse período, surge a unificação da previdência social, com a junção do IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensões) em 1966, criando o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que se constituiu na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “Populista” (ADRIANO, 2007). Tratava-se de uma reorientação das relações entre Estado e a classe trabalhadora.

O golpe militar de 1965, alijando trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial e condenando-os à condição de resistência à força do Estado implementa um projeto que data de 1945 e que se revelou inviável no

período da democracia populista: Unificação previdência social. Em 1966 cria-se o INPS (COHN, 2003)

Nota-se que, nesse período, tanto a saúde pública quanto a previdência social e as mediações da vida social foram realizadas utilizando a força e repressão. O setor de saúde precisava atribuir às características capitalistas. Foram estabelecidos três períodos nessas etapas: o primeiro, A Era da Catástrofe, entre as duas grandes guerras mundiais, o fim dos antigos sistemas de saúde ainda marcado pelo credo liberal. A Era do Ouro, após a Segunda Guerra Mundial, onde a economia de mercado toma formas civilizadas e humanas (keynesianismo), ao menos nos países centrais do sistema, graças às pressões por melhorias sociais originadas pela Guerra Fria e às duas conquistas obtidas pelos trabalhadores. E a terceira e última, a Era do Desenvolvimento – “as reformas das reformas”, crise do Estado Social ou tradicional, afastamento do Estado e contenção de gastos.

Portanto, o cenário da modernidade é marcado por mudanças econômicas e políticas importantes, que conseqüentemente trouxeram grandes impactos para o sistema de proteção social, particularmente na saúde, pois estava atrelada aos que trabalhavam e, assim, desamparava os que não tinham vida laboral.

Foi no início do século que se caracterizou pela valorização das descobertas bacteriológicas do século anterior (descoberta dos bacteriologistas Kock e Pasteur, do agente que causa a doença). Os problemas de saúde passam a ser explicados pelo modelo uni causal, com adesão do método flexnerianismo que é destacado a causa da enfermidade basicamente individual e a resposta terapêutica e também orientada para indivíduo. De acordo com Bravo (1988), a mudança central da prática em saúde, no início do século foi a de considerar fundamental o enfoque biológico da doença, enfatizando o individual e não social, o coletivo. Surge assim o modelo unifatorial de doença (MENDES, 1998).

Em 1945, após a 2ª Guerra Mundial, a saúde passa a ser pensada nos seus aspectos biopsicossociais, existindo a preocupação com a saúde pública através da assistência as populações assoladas pela guerra. Essa ação foi estimulada pelas Nações Unidas. Os Estados Unidos assumem a hegemonia mundial, tornando-se polo transmissor das concepções práticas na saúde, como também em outras práticas (BRAVO, 1988).

A uni causalidade da doença passa a mostrar-se insuficiente para prática médica, ao não conseguir explicar a ocorrência de uma série de outros agravos à saúde do homem, então veio a ser complementada por uma proposta mais ampliada, incorporada na concepção ecológica, surge a proposta de uma concepção de causalidade múltipla do processo saúde-doença, onde fatores biológicos do agente estão em relação com os hospedeiros, em determinado ambiente (MENDES, 1998).

Para Mendes (1998) o enfrentamento dos problemas obedece a mesma lógica anterior, explicitando-se num corte entre causas e efeitos, de forte conotação médica, seja preventiva, seja curativo-reabilitadora.

A saúde é entendida ou representada como ausência de doença, e a organização dos serviços é medicamente definida e tem como objetivo colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo- reabilitadores acessíveis, de conformidade com os elementos ideológicos do flexnerianismo (MENDES, 1999, p. 236)

Mais tarde a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza uma assembleia em que passa a conceber um novo conceito: a saúde é um completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. E passam a elaborar um plano de ação chamado Saúde para Todos 2000 (SPT 2000), em que os respectivos países membros tinham como meta até o ano 2000, atingir

um nível de saúde que permitisse aos seus cidadãos desenvolver uma vida social e economicamente produtiva. Para Bravo (1998), esse novo conceito estimulou a sistematização das atividades profissionais pertinentes aos ramos das disciplinas sociais e psicológicas.

No início da década de 50, a situação da saúde se modifica. As principais causas de morte passam a ser as doenças degenerativas (coração, acidentes vasculares cerebrais e neoplasmas malignos). Os casos dessas doenças passam a aumentar, devido à elevação da idade média das populações, com a diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e com a diminuição também das taxas de fecundidade. Alguns países passam a institucionalizar os serviços de saúde, no surgimento de doenças crônicas, medidas dirigidas ao meio ambiente físico e aos estilos de vida passam a ser valorizados. Foi a partir dessa década que se modifica substancialmente a prática médica, devido à crescente introdução da indústria de medicamentos e equipamentos médicos (BRAVO, 1988). Nota-se uma ampliação dos serviços baseados na especialização e tecnologia, os atos médicos e as atividades médicas passam a serem concentradas em hospitais, surge um forte processo de medicalização e, conseqüentemente, eleva-se o custo dos serviços de saúde. Como resposta a esse complexo médico-industrial, surge a ideia de racionalização administrativa, ou seja, redução de gastos com maximização dos recursos (MENDES, 1998).

Para a proposta racionalizadora é proposto a Medicina Integral, a Medicina Preventiva e seus desdobramentos na década dos anos 1960 e 1970. Surge nesse período a chamada Medicina Comunitária, que teve início nos Estados Unidos. Porém, nos países mais pobres essa proposta teve maior repercussão.

[...] para o redimensionamento da dominação nas relações externas, um programa de assistência técnica aos países pobres latino-americanos foi financiado pelos Estados Unidos. Para promover o controle social e evitar o comunismo, o programa Aliança para o Progresso teve como proposta atacar o subdesenvolvimento como uma pluralidade de projetos econômicos e sociais que contam com a participação de assistentes sociais, médicos e outros profissionais. O objetivo implícito era atenuar as contradições das sociedades capitalistas periféricas e eliminar as ameaças à instabilidade dos Estados Unidos como centro hegemônico (BRAVO, 1998, p)

Segundo a mesma autora, a proposta da Medicina Comunitária é considerada um desdobramento de Programas de Desenvolvimento Comunitário.

A Medicina Comunitária tem como ações a forma de - fazer saúde -, paralela à organização que predominava nessa época: a medicalização/hospitalização. Porém, o que se revela como alternativa, torna-se um caráter contraditório, pois ela servia apenas como instrumento de reprodução da força de trabalho, favorecendo o acúmulo capitalista, e permitiu deslocar a problemática da saúde da instância estrutural para a esfera individual (como responsáveis pelos problemas de saúde o atraso cultural, a falta de recursos e a falta de higiene), apesar da importante intervenção social sobre grupos marginalizados (BRAVO, 1998).

Nesse momento, adquire especial importância uma publicação da OMS intitulada de *Training of the physician for family practice* (Treinamento Clínico para a Prática Familiar). Segundo Paim (1986), é necessário falar que esse movimento Internacional, que gerou propostas da Família (*Family Medicine*), como também o da Medicina Comunitária, foi interpretado como mais um movimento ideológico visando responder aos impasses e questionamentos sobre o modelo dominante de assistência médica, sobretudo no que se refere aos altos custos, sofisticação no âmbito tecnológico e superespecialização do cuidado. Nas origens desse movimento, verifica-se que a lógica capitalista que orienta o complexo médico-industrial era escamoteada, a ideologia dominante que recorta o saber médico era dissimulada e os determinantes da produção de doenças eram obscurecidos.

No final da década dos anos 1960 a continuidade do sucesso da estratégia keynesiana

encontrou limites. Destaca Behring (1998)

A busca de superlucros, associada a uma revolução tecnológica permanente (e sua generalização), a ampliação da capacidade de resistência, e ainda, a intensificação do processo de monopolização do capital, foram elementos que estiveram na base do início de um novo período depressivo.

Para a autora as despesas de manutenção da regulação do mercado colocam em crise, a política social, pois o custo dos seguros sociais eram muito altos. Assim, os fatores políticos e econômicos marcam a realidade da saúde na década de 70 e 80, como: o desemprego atribuído à introdução da tecnologia avançada, a recessão econômica, a crise do *welfarestate* (Estado de Bem Estar Social), e outros.

Diante da emergente crise em saúde, inúmeros países iniciaram a implantação e reforma nos seus sistemas de saúde. Com essa nova perspectiva, a reforma dos serviços de saúde formulada nos anos 1980 estavam centradas numa mudança de paradigma da intervenção estatal em campo social. Já no campo sanitário, no que diz respeito à assistência médica, essa retórica ideológica estimulou a formulação de um diagnóstico setorial comum a todos os países que apontava para a necessidade e determinadas mudanças, difundidas e estimuladas pelos organismos internacionais como o Banco Mundial, sendo que os Estados Unidos exerceram um papel direcionador na formulação dessa nova agenda sanitária pós-welfare (CARVALHO, CORDENI, 2001).

A reforma deveria basear-se no paradigma da economia da saúde defendida pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Esse paradigma consiste na crescente desobrigação do setor público com a atenção à saúde da população em procedimentos seletivos de inclusão, em rearranjos entre setores públicos/privados, em focalização da ação pública nos setores de risco social através de pacotes básicos, em subsídios e atenção de baixo custo e de alto impacto.

A partir daí, um novo paradigma de saúde passa a ser delineado com o intuito de reverter esse quadro, a saúde-doença passa a ser considerado sob sua determinação histórica e social, o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (espaço, meio ambiente, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, políticas e culturais) num determinado espaço geográfico e no tempo histórico (BREITH, 1991).

Para Breith (1991), a saúde e doença não são estados, estanques e isolados, de causa aleatória, não se está com saúde ou doença por acaso. Mas uma determinação permanente de um processo casual que se identifica como o modo de organização da sociedade.

A explicação mais abrangente é a atenção primária como estratégia, que foi difundida na Conferência Internacional de Cuidados Fundamentais com Saúde, realizada em Alma-Ata, capital do Cazaquistão Soviético em 1978 e co-patrocinada e organizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pela UNICEF.

Atenção à Saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstradas e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possa manter em cada estágio de desenvolvimento em que se encontre com espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenhada umas funções centrais, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde (WHO, 1978 p. 5 – 6).

Os Estados que participaram dessa Conferência comprometeram-se a estabelecer a Atenção Primária em Saúde como uma estratégia de reordenação e reestruturação das políticas de saúde de seus países, através do desenvolvimento de componentes prioritários como a extensão de cobertura dos serviços de saúde e melhoria do ambiente de atenção em saúde, o desenvolvimento da articulação intersetorial, a disponibilidade e produção de produtos e equipamentos, o financiamento setorial e a formação e utilização de recursos humanos.

Na década de 80 na sua segunda metade, especialmente, em 1986, realizou-se em Ottawa, Canadá, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, que teve como parâmetro a declaração de Alma-Ata.

Foram inaugurados uma série de novos debates como: a saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, pessoal e econômico, e é através das ações de promoção que as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam cada vez mais favoráveis. Considerando que esses recursos são:

- Paz: redução de violência;
- Habitação: condições dignas de moradia, tanto em relação ao espaço físico quanto ao assentamento legal;
- Educação: cumprimento do ensino compulsório, redução da evasão escolar e revisão da qualidade de ensino;
- Alimentação: garantia de política municipal de geração e de mecanismos de troca de produtos alimentícios e, principalmente, garantia de alimento na mesa da família;
- Renda: a geração de renda para todos e com volume compatível com vivência;
- Ecossistema saudável: ar solúvel; água potável disponível 24 horas por dia; alimentos existentes em quantidade suficiente e boa qualidade;
- Recursos renováveis: o mais importante é o próprio homem, que se renova cada vez que se recupera de um mal-estar... Os serviços de saúde devem estar aptos para atender o homem em todos os seus níveis de complexidade, seja com recursos próprios ou em parceria com outros municípios;
- Justiça social e equidade: iniquidade é caracterizada pela diferença de velocidade em que o processo atinge as pessoas... avaliada indiretamente pela área geográfica em que o cidadão reside. Dessa forma e que se busca, através do esquadramento, do município em territórios homogêneos, observar os determinantes e suas conseqüências ao bem-estar. A promoção da equidade é feita pela redução dos efeitos nocivos à salubridade e pelo reforço dos fatores positivos. (CARTA OTTAWA, 1986).

Após a conferência no Canadá, seguiram os aprofundamentos no conceito de promoção de saúde. Já no ano de 1988, na Austrália, com a Declaração de Adelaide, na Suécia em 1991 com a Declaração de Sundval, em Bogotá na Colômbia a Declaração de Bogotá. Todas essas reforçam a crítica sobre a organização dos serviços de saúde e reafirmam a responsabilidade dos países desenvolverem ações em atenção primária. Nota-se que esses elementos históricos moldaram e continuam a estimular mudanças e renovações no enfoque em Saúde da Família.

ATENÇÃO À SAÚDE

Ao falarmos sobre Saúde da Família é necessário entender que surge como política social na reordenação do mundo do trabalho, na crise financeira, na crescente empobrecimento da sociedade civil, no aumento expressivo da exclusão social, nas formas de regulação social no mundo contemporâneo, na exploração do trabalho infantil, no crescimento da criminalidade praticado por crianças e jovens e na fragilidade das ações preventivas que vinham sendo operacionalizadas.

As práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado, o que as caracterizaria como parte de um corpo de políticas sociais; o processo de trabalho tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um âmbito generalista, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo tipos de doenças; os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na ampliação e superação dos conceitos tradicionais antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial; a proteção voltada não apenas para indivíduos singulares, mas para coletivos (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de práticas sociais de saúde; o desenvolvimento de vínculos entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos (GOULART, 2002).

Notamos que a Saúde da Família passa a ser fundamental para os sistemas e serviços de saúde baseada em atenção primária. A família passa a representar um fator significativo no planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção.

Para o médico epidemiologista Juan Seclen-Palacin, membro da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o papel da família em saúde é inquestionável, e a adoção de atitudes favoráveis ou de risco para a saúde se relaciona com a dinâmica biossociocultural da família; a família é o meio básico onde se estabelecem as bases do comportamento em matéria de saúde e onde se originam as culturas, cultivam-se as bases educacionais, os valores e se expõem às normas sociais básicas. Também destaca o autor, além disso, a inclusão do enfoque familiar nas ações de serviço de saúde contribuiria para a diminuição de um grave problema: a falta de continuidade do tratamento e adoção de medidas preventivas (GOULART, 2002).

A vertente da Saúde da Família considera que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção do bem estar tem como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica. Se a família tem um papel nos processos de saúde, então que as intervenções em saúde devem considerá-la.

A adoção de sistemas e serviços voltados para a Saúde da Família está presente em alguns países como Brasil, Inglaterra, Canadá, Chile e Cuba, dentre outros. Sendo que essa implementação aconteceu em épocas diversas e variou conforme a singularidade de cada país.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde a década de 1960, o tema família vem sendo discutido mundialmente. Em 1963, a OMS pública um documento sobre a formação do médico da família, em virtude do crescimento da superespecialização do trabalho médico e suas consequência. Os custos financeiros elevados e a deterioração da relação humana com os pacientes.

A medicina da família se instituiu inicialmente nos Estados Unidos sendo, em 1969, a medicina familiar reconhecida como especialidade médica. Já na década de 1970, o movimento se expandiu para o Canadá, o México e alguns países europeus. O movimento médico da família surge para combater os desajustes da prática médica mediante a reorientação da formação profissional do médico sem se avançar na discussão da reorganização das instituições de saúde como um todo (PAIM, 1986).

As universidades da América Latina abrem as portas para que, através de reuniões e seminários, divulguem essa nova proposta. Nesse período, no Brasil, a ditadura militar imperava e, assim, houve oposição intensa de setores progressistas dos profissionais de saúde, devido ao fato da proposta norte-americana ter extrema aproximação como modelo liberal da prática médica. Amplia-se as discussões quanto à reorganização do sistema de saúde vigente surgindo no final da

década 1970, algumas propostas de reorientação dos serviços de saúde (PAIM, 1986).

Com a valorização dos serviços de atenção primária no mundo, o Brasil sente-se na obrigação de dar uma reformulada nos seus serviços de saúde. Assim, surge o programa de Atenção Primária em Saúde (APS). No início ainda desorganizado e desarticulado, porém já se possibilitava uma maior integração em ações preventivas e curativas. Começa uma maior discussão, também, sobre a hierarquização da assistência à saúde. Diante dessas discussões, surge o Sistema Único de Saúde.

Nos anos 1990, ocorre uma valorização do sentido família. Inspirado nas experiências de países como a Cuba, Inglaterra e Canadá cuja saúde pública alcançou níveis interessantes de qualidade e foram criados instrumentos de ação como o Programa Agentes da Saúde (PAS) no Ceará em 1987 e Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, finalmente, o Programa Saúde da Família (PSF).

No governo de Itamar Franco no ano de 1994, o Ministério da Saúde cria o PSF, que incorpora o PACS que fora criado em 1991. O PSF tem como propósito contribuir na organização do SUS e na municipalização do atendimento e integralidade na participação da comunidade.

Embora tenha sido formulado no governo Itamar Franco, sob a gestão de Henrique Santillo no Ministério da Saúde, o PSF, na verdade só encontra condições de crescimento, mais precisamente a partir de 1998, já no governo de Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 2004).

Nesse período, pode-se entender que houve uma evolução em alguns aspectos do conteúdo da Estratégia de Saúde da Família, nos anos de 1994 a 1995. Surge uma abordagem carregada ideologicamente, com denúncias das mazelas do sistema vigente e propondo a urgência superação do modelo clínico. Os textos assumem um caráter gradualmente técnico, com conteúdos mais objetivos, prescritos enfatizando a articulação dos programas da rede.

No ano de 1997 é publicado o documento intitulado Saúde da Família, voltado para a reorientação do modelo e anuncia os detalhes como a Estratégia de Saúde da Família irá ser formatada, editando seus objetivos e diretrizes operacionais, dedicando especial atenção a reorganização das práticas de trabalho, as competências dos níveis de governo, bem como às etapas de implantação da ESF. A preocupação principal com este documento era negar o equívoco da identificação da ESF com um sistema de saúde para os pobres.

[...] o governo reafirma que este não é mais um programa a ser instalado na rede pública de serviços, não é uma assistência precária para os pobres, mas sim a intenção de investir na Atenção Primária, na prevenção e promoção da saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade. Seu objetivo maior é que o PSF seja a porta de entrada para o sistema de saúde. (TEIXEIRA, 2002).

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge da emergente necessidade de uma nova proposta de atendimento, uma vez que a estrutura clássica das unidades básicas de saúde (UBS) não estavam atendendo integralmente à necessidade da população. A ESF visa o fortalecimento da Atenção Básica no SUS. E de acordo o Ministério da Saúde, sua implantação constitui-se:

[...] uma estratégia que prioriza as ações de Promoção da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e continua. Seu objetivo é a reorganização „da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes de saúde uma compreensão do processo saúde /doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde no ano de 2000 ressalta que o PSF incorpora e reafirma os princípios do SUS, e o programa deve atuar baseado nos seguintes princípios:

- Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços,

exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.

- **Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada a rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e esteja assegurada a referência e contra-referência para diversos níveis do sistema, sempre que for requerida complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
- **Territorialização e adscrição da clientela:** Trabalha com território de abrangências definido, e é responsável pelo cadastramento da e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de no máximo, 4500 pessoas.
- **Equipe multiprofissional:** a equipe de saúde da família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe numa proporção média de um agente para cada 550 pessoas acompanhadas. Outras proporções podem ser incorporadas nas unidades de saúde da família (USF) ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades locais.

Do ponto de vista normativo, as disposições que regem a implementação da ESF foram dadas pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996, embora tenha havido uma sequência de portarias e outros instrumentos do Ministério da Saúde que tiveram influência direta e indireta sobre o desenvolvimento da Estratégia (CARVALHO, CORDENI, 2001).

A Norma Operacional Básica de 1996 prevê duas formas para a habilitação dos municípios junto ao SUS: gestão plena de atenção básica e gestão plena do Sistema Municipal.

Além de favorecer as ações intersetoriais, a NOB de 1996 propõe “a transformação na relação entre usuários e os agentes do sistema de saúde restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe, e de outro, a intervenção ambiental para qual sejam modificados fatores determinantes da situação da saúde”. Ainda possibilitou a NOB 1996 à implantação em 1998, do Piso Assistencial Básico, isto é um valor per capita que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios do município, deverá financiar a atenção básica da saúde, acrescido de uma parte variável destinada ao incentivo, inicialmente, de intervenções como o PACS/PSF.

A ESF como parte do processo de descentralização e municipalização das ações de saúde são coordenados pelo gestor municipal. Os requisitos para a implantação são: projeto da ESF aprovado pelo Conselho; o município possuir Plano Municipal de Saúde e ter realizado Conferência Municipal de Saúde; ofício do prefeito dirigido ao secretário de Estado da Saúde solicitando o programa; ata de Conferência ou programação da mesma (CARVALHO, CORDENI, 2001).

A implementação da ESF, consiste em fazer o cadastramento das famílias, implantação do Sistema de Informações da Atenção Básica (que grega dados e processa informações sobre a população visitada, realizar diagnósticos da comunidade (condições socioeconômicas e de saúde) e programar o trabalho com base no diagnóstico e em conjunto com a comunidade.

O processo de operacionalização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo o Ministério da saúde, deve ser adequado às diferentes realidades, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Unidade de Saúde da Família não pode ser pensada apenas como lugar de atendimento de problemas de saúde de menor complexidade (BRASIL, 2000). O SUS deve se organizar de uma

forma que se rompa com a idéia de atenção centrada no baixo custo, simplificada, a USF deve ser estruturada de maneira que atenda de uma forma eficiente, eficaz e efetiva as necessidades de saúde da população. Deve ter minimamente uma instalação física com sala de imunização, sala de inalação, de curativo de enfermagem de atendimento, consultórios médicos e odontológicos, sala de espera e de reuniões, de esterilizações, de medicamentos, de administração.

Na lógica do SUS, a USF deve atender a demanda de forma igual e integral, devendo ter uma resolutividade maior que 80% das intercorrências, encaminhando para serviços especializados apenas casos de maior complexidade, o que deve ser feito idealmente, sempre através de mecanismos de referência formalizados entre as instituições, para garantir um atendimento completo, proporcionando todos os cuidados e tecnologia de que o paciente necessita para ter solucionada a sua necessidade ou problema de saúde.

Quando se fala em Unidade de Saúde da Família, logo se pensa uma equipe multiprofissional composta minimamente por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários (BRASIL, 2000).

A equipe não pode ser entendida como vários profissionais atuando no mesmo serviço, mas sim como um grupo de profissionais conhecedores da missão de saúde, compreendendo sua tarefa e atingindo os objetivos e metas estabelecidas no planejamento estratégico para sua área de atuação, o qual deve ser elaborado de forma democrática e participativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo proporcionou uma análise histórica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), evidenciando sua importância como política pública para a reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. A revisão da literatura permitiu identificar os principais marcos da ESF, seus desafios e suas contribuições para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à saúde.

A ESF, ao promover a integralidade da atenção, o trabalho em equipe e a participação da comunidade, tem demonstrado ser um modelo eficaz para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. No entanto, a consolidação da ESF ainda enfrenta desafios como a necessidade de maior investimento em recursos humanos e materiais, a qualificação contínua dos profissionais de saúde e a superação de obstáculos relacionados à gestão e à organização dos serviços.

Diante desse cenário, sugere-se que futuras pesquisas aprofundem a análise dos impactos da ESF sobre os determinantes sociais da saúde e a equidade no acesso aos serviços. Além disso, é fundamental que gestores e profissionais de saúde se engajem em ações contínuas de qualificação e fortalecimento da ESF, buscando garantir a sua sustentabilidade e expansão para todo o território nacional.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. O Plantão Social na Atenção Básica à Saúde: um estudo aproximativo sobre a prática profissional. 2007. 94 p. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharel em Serviço social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface, Botucatu*, v. 5, n. 9, p. 50-53, 2001.

BEHRING, Eliane. R. *Política Social no Capitalismo Tardio*. São Paulo: Cortez, 1998.

BERTUSSI, D. C., OLIVEIRA, M. S. M., LIMA, J. V. C. A Unidade Básica no

Contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDENI J. R., L. (OPG). Bases da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: VEL, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2000. Avaliação da implantação e funcionamento do PSF. Brasília; Ministério da Saúde.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 / 1997. Reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação do SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do programa similar. Brasília – DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, nº 01 / 93, Portaria nº 234 / 92. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica, nº 01 / 96, Portaria nº 234 / 92. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3925 de 13 de novembro de 1998. Implanta o Manual da Atenção Básica. Brasília – DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Mostra de Experiências em Saúde da Família. Brasília: MINISTÉRIO da Saúde. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil dos Médicos e dos Enfermeiros do PSF. Brasília: Ministério da Saúde. 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração Ama-Ata, Carta de Otatwa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sudsvall, Declaração de Santa-fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília – DF.2001

BRAVO, Maria Inês de Souza. Superando Desafios – O Serviço Social na década de 90. In: Superando Desafios. Rio de Janeiro: UFRJ, 1988.

BREILH, J & Granada, E. Investigação da saúde na Sociedade: Guia Pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. Tradução de José da Rocha Cavalheiro et. Al. São Paulo, Instituto de Saúde / ABRASCO, 1986.

CARVALHO, G. B., CORDENI J. R., L. A Organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE S. M., SOARES, D. A., CORDENI J. R., L. (org). Bases da Saúde Coletiva. Rio

de Janeiro: VEL, 2001.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia, ELIAS. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2001.

GOULART, Flavio A. de Andrade. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Tese de doutorado. F 10 CRUZ. Rio de Janeiro: 2002 (Mimeo).

MENDES, Eugenio Vilaça. Uma agenda para saúde. 2.ed.. São Paulo: Hucitec, 1999.

MIOTO, Regina C. T. Novos espaços ocupacionais do assistente social: cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: Cadernos CEAD. Módulo 04. Brasília: UnB, 2000.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. OMS – Organização Mundial de saúde, 1989. Os atalhos da mudança de saúde no Brasil. OPAS / OMS.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im). Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, ABRASCO, 1985.

PAIM, J. S. Medicina Familiar no Brasil: Movimento Ideológico e ação política. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.