O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros*

Luiz Odorico Monteiro de Andrade**
Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra***
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto****

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Programa de Saúde da Família e modelo de atenção à saúde; 3. O Programa de Saúde da Família: uma política de saúde?; 4. PSF: um modelo inovador de atenção à saúde; 5. O PSF: um novo modelo de gestão da saúde; 6. O impacto do PSF na saúde da população; 7. O PSF e a implementação SUS.

SUMMARY: 1. Introduction; 2. Family Health Program (PSF) and healthcare model; 3.The Family Health Program: a health policy?; 4. PSF: an innovative healthcare model; 5. PSF: a new health management model; 6. PSF's impact on the people's health; 7. PSF and the SUS implementation.

PALAVRAS-CHAVE: política de saúde; saúde da família; sistema de saúde; universalidade de acesso; integralidade; eqüidade; descentralização.

KEY WORDS: health policy; family health; healthcare system; universality of access; completeness; equity; decentralization.

---

* Artigo recebido em dez. 2004 e aceito em fev. 2005.

** Médico, doutor em saúde coletiva pela Unicamp, secretário municipal de Saúde de Fortaleza, presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (2003-05), professor adjunto da Faculdade de Medicina/Sobral da Universidade Federal do Ceará (UFC). Endereço: Rua Leonardo Mota, 2815, ap. 802, Condomínio Minas da Prata — Bairro Dionísio Torres — CEP 60170-041, Fortaleza, CE. E-mail: odoricoandrade@uol.com.br.

*** Médico, mestre em saúde pública, doutorando em epidemologia na Universidade do Arizona (EUA). Endereço: Rua Monsenhor Catão, 948, ap. 702 — Aldeota — CEP 60175-000, Fortaleza, CE. E-mail: rbezerra@email.arizona.edu.

**** Médica, mestre em saúde pública, doutoranda em pediatria pela USP, professora assistente da Faculdade de Medicina/Sobral da UFC. Endereço: Rua Leonardo Mota, 2815, ap. 802, Condomínio Minas da Prata — Bairro Dionísio Torres — CEP 60170-041, Fortaleza, CE. E-mail: ivana-barreto@uol.com.br.

Este artigo analisa o Programa de Saúde da Família (PSF) como política de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), sua expansão na cobertura populacional e a melhoria dos indicadores de acesso aos serviços de atenção à saúde. A dimensão geográfica do país, sua diversidade cultural e a profunda desigualdade socioeconômica representam um desafio para uma política que busca a universalidade de acesso e a integração e qualidade dos serviços de saúde. O artigo discute os processos de formulação e evolução do PSF no Brasil, salientando os aspectos inovadores dos modelos de atenção à saúde e de gestão propostos pelo PSF, para finalmente visualizar o seu impacto na saúde da população dos municípios brasileiros e os desafios que representam para a política pública de saúde.

The Family Health Program as a basic healthcare strategy in Brazilian municipalities

This article analyzes the Family Health Program (PSF) as a policy of basic care of the Unified Health System (SUS), its expansion in the population coverage and the improvement of the indices of access to healthcare services. Brazil's size, its cultural diversity and its severe socio-economic inequities represent a challenge to a policy that aims at universal access to integrated and improved healthcare services. The article discusses the creation and development of the PSF in Brazil, emphasizing the innovative aspects of the healthcare and management models, and finally shows the program's impact on the health of the Brazilian urban population and the challenges that it represents for health public policies.

1. Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu formalmente no Brasil como política pública de saúde no ano de 1994. No final de 2004 já se contabilizava um total de 21.475 equipes de saúde da família cobrindo aproximadamente 90% dos municípios brasileiros e assistindo diretamente um universo aproximado de 70 milhões de cidadãos brasileiros (Andrade et al., 2004; Ministério da Saúde, 2004). A decisão política de se reorganizar a rede de assistência à saúde com uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi o norte inspirador da implementação do PSF nos mais diversos municípios brasileiros.

A inegável expansão de acesso da população brasileira às ações de saúde primária aconteceu simultaneamente a um processo continuado de readequação e refinamento do próprio PSF. Esse processo inacabado de discussão e reformulação do PSF vem acontecendo nas três esferas governamentais, muitas vezes fomentado pelas escolas estaduais de saúde pública e enriquecido pela experiência dos profissionais de saúde envolvidos, o que define essa política pública como essencialmente dinâmica e coletiva no seu processo construtivo.

Em resumo, a experiência inovadora do PSF no nível municipal trouxe um impacto alvissareiro à medida que houve um comprometimento de recursos federais para

a expansão da rede assistencial local e uma autonomia municipal na orientação do programa, entretanto é inegável que o PSF também impôs novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia inovadora inaugurada por essa política.

Esse dilema de superar a etapa da expansão quantitativa do acesso ao PSF e passar para uma discussão mais formuladora da consolidação da qualidade nas ações do programa e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS marcam o cerne das discussões teóricas atuais, que se traduzem como desafios pragmáticos para os gestores de saúde, especialmente no nível municipal.

Neste artigo essa política pública de saúde é referida como Programa de Saúde da Família (PSF), apesar de acreditarmos que a palavra *programa* não consiga abstrair a complexidade de intenções políticas e técnicas associadas à implantação do PSF no Brasil. A decisão governamental de implementar essa política transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, o PSF não foi implantado somente para organizar a atenção básica no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde na medida em que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e uma consolidação dos princípios organizativos do SUS. Logo, acreditamos que seria mais apropriado nos referirmos ao PSF como estratégia de saúde e não simplesmente como um programa setorial de saúde. Entretanto, em virtude da universalização na utilização do termo PSF nas instâncias governamentais, corporações de profissionais de saúde e mesmo nos meios acadêmicos, optamos por ser coerentes com essa nomenclatura e vamos repetidamente nos referir a essa política de saúde neste artigo como ela é oficialmente tratada, Programa de Saúde da Família (PSF).

2. Programa de Saúde da Família e modelo de atenção à saúde

O Programa de Saúde da Família é considerado um modelo de atenção básica à saúde com foco na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária (Andrade, 2003; Andrade et al., 2004). Então, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira do PSF como um modelo coletivo de atenção básica, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal. Essa compreensão do PSF como o componente primário de um sistema público de saúde de amplitude nacional redimensiona sua relevância, pois o próprio impacto do PSF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com os componentes mais complexos do processo de atenção à saúde, tipicamente caracterizados como atendimento à saúde especializado e hospitalar.

Como qualquer outro programa de atenção básica à saúde, o PSF prioriza ações de promoção da saúde, obviamente não excluindo ações assistenciais de menor complexidade que possam ser resolvidas com o aparato físico e humano disponível no nível co-

munitário. Entretanto, o papel fundamental de uma rede de atenção básica é a coordenação de todo o espectro assistencial em saúde quando, pela atenção básica, identificam-se as necessidades de atendimentos mais especializados, coordenam-se as referências para os profissionais adequados e acompanham-se os resultados terapêuticos e evolução clínica dos pacientes acompanhados (Hart, Belsey e Tarimo, 1990). Em suma, a existência de uma rede de atenção básica permite não somente a prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica e a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária, como também auxilia a condução clínica e o manejo terapêutico de pacientes com demanda de saúde especializada, que são primariamente orientados por profissionais de saúde de um nível assistencial mais complexo. Logo, acredita-se que uma rede universal de atenção básica, como está sendo buscado pelo modelo brasileiro de PSF, possibilita um melhor controle do desperdício de recursos de saúde, redução da duplicação da oferta de serviços, estabilidade e confiança na relação entre o usuário e o sistema de saúde e maior eficácia no alcance de resultados de saúde (Starfield, 1998).

Buscando uma conceitualização mais ampla dessa política, definimos o PSF como um modelo de *atenção básica*, operacionalizado por ações primariamente preventivas e promocionais das *equipes de saúde da família*, comprometidas com a *integralidade* da assistência à saúde, com foco na *unidade familiar* e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da *comunidade* em que está inserido. Para a melhor compreensão da organização e operacionalização desse modelo de atenção básica, é fundamental a revisão de alguns desses conceitos que compõem a essência da definição do Programa de Saúde da Família.

A equipe de saúde da família é composta essencialmente de um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia de assistência integral e primária à saúde. Normalmente, a equipe de saúde da família é composta de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde que são primariamente responsáveis pela cobertura de aproximadamente 800 famílias (3.450 indivíduos) residentes em território urbano ou rural, com limites geográficos definidos (Andrade et al., 2004). Existe um esforço governamental recente para a inclusão de odontólogos nessas equipes para a contemplação de todos os espectros de atenção à saúde bucal.

Atenção básica à saúde é aquele nível em um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo e todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (Starfield, 1998; Vuori, 1984). É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização

das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde. Starfield, numa adaptação de Vuori, ilustra de forma efetiva as diferenças essenciais entre a atenção básica à saúde e a atenção médica convencional (Starfield, 1998; Vuori, 1984).

Quadro 1

Diferenças entre atenção médica convencional e atenção primária à saúde

Convencional	Atenção primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Integralidade consiste essencialmente em uma busca por ações de saúde que sejam coerentes com o próprio processo de saúde-doença, que demanda uma diversidade ampla de abordagens individuais e coletivas, dependentes primariamente da complexidade do tipo de necessidade de saúde (World Health Organization, 1976). Assumindo uma perspectiva holística de saúde, que absorve diferentes dimensões da condição de saúde de um indivíduo tais como a física, social, emocional e espiritual, compreende-se que há uma grande variedade de necessidades de saúde. Essas necessidades demandam uma ampla gama de ações de saúde, normalmente hierarquizadas pelo nível de complexidade determinado pelos recursos humanos, físicos e financeiros envolvidos nos processos diagnóstico e terapêutico. O conceito de integralidade da atenção à saúde aqui empregado consiste na contemplação de todos os tipos de de-

manda de saúde, independente da hierarquização da sua complexidade, de forma organizada e sistematizada (World Health Organization, 1976; Rifkin e Walt, 1986; Tallon, 1989).

Unidade familiar é compreendida como a célula biológica e social dentro da qual o comportamento reprodutivo, os padrões de socialização, o desenvolvimento emocional e as relações com a comunidade são determinados. Entre as funções essenciais de uma família estão a procriação de crianças e o desenvolvimento do bem-estar físico e mental de seus membros, as quais estão diretamente relacionadas com as necessidades de utilização dos serviços de saúde (World Health Organization, 1976). Logo, é importante conceitualizar a unidade familiar do PSF numa perspectiva distinta da definição restrita de pessoas associadas a uma residência comum e levar em consideração não só a composição demográfica dos membros da família, como também variáveis que descrevam a organização e situação familiar e as características do ambiente onde a família está localizada.

Comunidade representa a esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contigüidade geográfica e primariamente definida por aspectos semelhantes da organização da vida dos indivíduos e dependência comum dos mesmos equipamentos sociais e governamentais. Esse processo de identificação e descrição das comunidades onde as equipes de PSF atuarão é conhecido por territorialização e adscrição de clientela, o qual permite uma melhor compreensão das microáreas de risco, identificação de localidades com maior densidade populacional, da rede de transportes e estradas, da presença de barreiras físicas para o acesso ao atendimento de saúde e dos recursos existentes localmente (por exemplo, igrejas, escolas, praças, associações comunitárias...) (Andrade, 2004a; Santos, 1999).

3. O Programa de Saúde da Família: uma política de saúde?

O PSF surge como uma política nacional de saúde em 1994 dentro de um contexto rico de influências institucionais determinantes de sua incorporação como política prioritária do Estado brasileiro. A evolução do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas respectivas contradições e incertezas, as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil, o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão institucional internacional por políticas consistentes de atenção básica caracterizaram esse contexto

determinante da implementação do PSF. Uma discussão mais detalhada do papel de cada um desses elementos institucionais é resumida no quadro 2.

Quadro 2

Contexto institucional que precedeu a implementação do PSF

Determinante	Influência
Evolução do SUS	Necessidade de expandir acesso à saúde. Necessidade de consolidar a descentralização. Busca da integralidade de atenção à saúde. Incorporação efetiva do controle social no SUS.
Experiências inovadoras de atenção à saúde s Em Defesa da Vida s Ação Programática em Saúde s Silos	Tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde. Amadurecimento de propostas centradas numa perspectiva coletiva de atenção básica à saúde.
Perfil epidemiológico brasileiro	Necessidade de superação das desigualdades regionais relacionadas ao acesso, oferta de serviços, financiamento e indicadores de saúde. Busca da melhoria universal de indicadores básicos de saúde.
Contexto internacional	Popularidade de modelos internacionais de atenção básica centrados na comunidade. Pressão de financiamento das agências internacionais de saúde.

O evolver do Sistema Único de Saúde (SUS)

A implementação do PSF no Brasil ocorreu claramente como uma estratégia de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A breve existência do SUS e os conflitos filosóficos e pragmáticos advindos dos aspectos inovadores incorporados por esse sistema geraram um ambiente propício para a implementação de políticas de saúde que viessem melhor estruturar esses princípios organizativos e transformá-los em ação efetiva. O PSF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir o acesso à atenção básica para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a integralidade de assistência à saúde. Em resumo,

a decisão de se implementar o PSF foi coerente com os princípios doutrinários do SUS de se alcançar universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde e descentralização do planejamento e da gestão política e administrativa de aspectos relacionados à saúde dos munícipes. Destaca-se também o papel fundamental do PSF na organização dos processos de participação popular e sua respectiva influência na consolidação do papel moderador e monitorador das comunidades (Martins, 2003).

Experiências brasileiras inovadoras de atenção à saúde

A gestação do PSF não pode ser grosseiramente simplificada como uma súbita replicação de modelos internacionais de saúde da família. A construção do PSF foi conseqüência de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde (quadro 1). Nessa perspectiva exploratória de busca de modelos assistenciais que superassem a incapacidade do modelo hegemônico tecnicista de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas, algumas experiências tiveram uma discussão teórica e aplicação prática que antecederam e inspiraram a discussão do modelo atual de saúde da família.

A proposta Em Defesa da Vida surgiu em Campinas, ao final da década de 1980, por um grupo de profissionais envolvidos no processo do Movimento da Reforma Sanitária, que propunha um modelo tecnoassistencial basea-do na gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (Mehry, 1979).

Outro grupo paulista, coordenado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da USP, propôs um modelo conhecido por Ação Programática em Saúde que oferecia uma perspectiva organizacional e administrativa inovadora em saúde. Os focos essencialmente coletivos dados à definição conceitual de saúde e no aprimoramento da sistematização dos processos de planejamento, organização, gestão e avaliação, em busca de ganho de efetividade, representaram a peculiaridade desse modelo (Schraiber, 1993; Gonçalves, 1994).

Entretanto foi um modelo conhecido como Sistemas Locais de Saúde (Silos) que teve a oportunidade de ser efetivamente operacionalizado em maior escala com o advento do SUS, de forma mais intensa nos estados do Ceará e Bahia. A proposta do Silos foi centrada em formulações-chave como território e problema. No caso propunha-se que todo o processo de planejamento e gestão de aspectos relacionado à saúde devesse ser construído localmente e operacionalizado para estruturar a oferta de serviços e atender a demanda epidemiologicamente identificada (Mendes, 1994;

Andrade, 1992; Silva Jr., 1998). Em resumo, era uma proposta de consolidação da descentralização preconizada pelo SUS.

Aliado a esses modelos tecnoassistenciais, as experiências pontuais de equipes de saúde da família, atuando de forma pouco sistematizada em alguns municípios brasileiros, e a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), desde 1991 (Lavor, Lavor e Lavor, 2004), serviram de substrato complementar na discussão e formulação do modelo atual do PSF no Brasil, à medida que informações empíricas adquiridas através da experimentação desses modelos foram absorvidas no processo formulador do PSF.

O PSF e o perfil epidemiológico brasileiro

O contexto epidemiológico brasileiro antecedente à disseminação do PSF no Brasil era típico de um país em desenvolvimento e marcado por profundas desigualdades regionais. O Brasil enfrentava um momento conhecido por transição epidemiológica caracterizado pela crescente importância epidemiológica das doenças crônico-degenerativas, típicas do processo demográfico de envelhecimento e urbanização da nação brasileira, enquanto ainda tinha que lidar com a realidade das doenças infecto-contagiosas, especialmente relevantes durante a infância (Jorge, Gotlieb e Laurenti, 2001). Associado a esse perfil epidemiológico desafiador, os indicadores nacionais de atenção básica, tanto os de acesso quanto os de resultado, demonstravam a falta de comprometimento político com as ações de promoção de saúde (Brasil, 2004). As taxas nacionais de mortalidade infantil e de cobertura vacinal para poliomielite e sarampo, apresentadas na tabela 1, ilustram esse quadro de descaso com a atenção básica, onde faltava um compromisso essencial com as ações preventivas e assistenciais básicas relacionadas à saúde da mulher e da criança (Brasil, 2004). Idealmente, o país deveria buscar patamares de mortalidade infantil bem mais baixos, pelo menos inferiores a 20 por mil nascidos vivos, compatíveis com o seu nível de desenvolvimento socioeconômico, enquanto as taxas de cobertura vacinal deveriam aproximar-se de 100%.

Tabela 1

Indicadores de acesso e resultado relacionados à atenção básica no Brasil, ano de 1994 (%)

Indicador	Estimativa (Datasus)
Resultado	

s Taxa de mortalidade infantil (mortes < 1 ano de idade por mil nascidos vivos)	41,01
Acesso	
s Percentual de cobertura vacinal para sarampo	80,36
s Percentual de cobertura vacinal para poliomielite (VOP)	65,39

Além dos próprios indicadores desfavoráveis de acesso e resultado da atenção básica, o país enfrentava naquele momento uma profunda desigualdade regional na oferta de serviços, no acesso, nos investimentos e nos resultados de saúde, como vislumbrado na tabela 2. Essa situação se perpetua, apesar de suavizada pelas políticas de saúde na última década. Para a Organização Panamericana de Saúde, a busca da eqüidade na prestação de serviços de saúde e o acesso a estes serviços representam uma das ações de saúde de maior dificuldade de operacionalização na América Latina (Nunes, Santos e Vianna, 2001; Duarte et al., 2002). O PSF surgia então, naquele momento, como uma proposta tecnicamente viável de se focar ações de saúde de custo relativamente baixo em áreas de risco para a expansão de acesso aos serviços de atenção básica e para superação imediata das iniqüidades de acesso à saúde.

Tabela 2

Ilustração das iniqüidades regionais relacionadas à oferta, serviços, acesso, resultados e investimentos de saúde

Região	Estimativa (Opas, 2001)
Oferta (número de leitos cadastrados no SUS por mil habitantes; 1992)	
s Norte	1,91
s Nordeste	2,87
s Sudeste	3,71
s Sul	3,85
s Centro-Oeste	3,82
Acesso (consultas médicas SUS/habitante; 1995)	
s Norte	1,23
s Nordeste	1,61

s Sudeste	2,24
s Sul	1,94
s Centro-Oeste	1,88
Resultado (taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, 1994)	
s Norte	37,73
s Nordeste	61,96
s Sudeste	26,56
s Sul	23,07
s Centro-Oeste	26,25
Investimento (gasto médio do Ministério da Saúde por internação hospitalar em reais de 1999; 1995)	
s Norte	202,07
s Nordeste	298,87
s Sudeste	396,08
s Sul	411,36
s Centro-Oeste	392,94

Fonte: Nunes, Santos e Vianna (2001).

O evolver da atenção primária no âmbito internacional

A atenção primária tem suas raízes fincadas na instituição do seguro nacional de saúde da Grã-Bretanha, que tratava da organização do sistema de serviços de saúde, definia níveis de atenção à saúde e discutia as respectivas funções de cada um deles (Lord Dawson of Penn, 1920). Mais tarde, em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde definiu como meta social prioritária aos governos do mundo "a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar uma vida social e economicamente produtiva" (World Health Organization, 1978). Os princípios dessa assembléia foram enunciados na Conferência de Alma Ata que representou a primeira iniciativa formal de um organismo de saúde internacional de priorizar as práticas de atenção básica como fundamentais para o alcance de melhores níveis de saúde no mundo. Nessa conferência, a atenção primária foi reconhecida como uma porção "integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países", não sendo apenas "um componente a mais" (Basch, 1990).

Alguns países passaram então a reorganizar seus serviços de saúde para consolidar os aspectos médicos e de saúde da atenção primária. Por exemplo, em Cuba os novos "médicos de família" passaram a ter uma relação mais estreita com as comunidades e a exercer um papel de agentes de transformação social (Gilpin, 1991). Nos EUA houve um movimento, primariamente coordenado pelos departamentos locais de saúde, chamado de Atenção Primária Baseada na Comunidade, que buscava uma abordagem de planejamento e avaliação participativos para as ações de saúde preventiva e promocionais focadas no contexto social e epidemiológico das comunidades-alvo (Mullan e Epstein, 2002). Outros países passaram a inverter a lógica de formação especializada dos médicos, optando por investir na formação de médicos generalistas, em busca de desenvolver recursos humanos com o perfil adequado para o exercício profissional da atenção básica.

Esse processo veio associado a uma busca incessante da compreensão da potencial eficiência dos modelos de atenção primária. Uma série de estudos avaliativos foi então desenvolvida para compreender a extensão do impacto dos investimentos em saúde primária nos indicadores de acesso e resultado em saúde. Ao mesmo tempo, as agências internacionais de saúde procuravam um modelo único de atenção básica que pudesse ser replicado em países em desenvolvimento a um custo de investimento e manutenção comparáveis à disponibilidade de recursos desses países (Starfield, 1998). No seio desse processo de compreensão e estruturação internacional dos modelos de atenção primária, os quais foram primariamente motivados e fomentados por investimentos de agências internacionais de desenvolvimento social, se inicia no Brasil uma discussão a respeito da necessidade de se estruturar uma rede efetiva de atenção básica consistente com os princípios organizativos do SUS e potencializadora das ações primárias, algumas vezes ainda rudimentares, já existentes no país. Dentro dessa perspectiva, o Pacs passa a ser financiado amplamente no Brasil, o que serviu como grande norte orientador da formulação do PSF (Lavor, Lavor e Lavor, 2004).

4. PSF, um modelo inovador de atenção à saúde

Como apresentado, atualmente o PSF no Brasil não representa um projeto acabado de atenção básica, mas pelo contrário é uma política pública em processo evolutivo. Nos últimos anos houve uma expansão relevante do acesso ao PSF, aumento da sua cobertura nas zonas urbanas e em cidades com maior densidade populacional, uma consolidação da interdisciplinaridade das ações de saúde, maior integração das ações do PSF com as ações de saúde secundárias e terciárias e uma intensificação dos processos de participação comunitária (Andrade et al., 2004). Entretanto, qualquer simplificação da descrição das especificidades do modelo de atenção à saúde incorporado pelo PSF se-

ria um típico exemplo de falácia ecológica, em virtude da grande diversidade de experiências e peculiaridade de cada experimento de implementação. Em resumo, para se compreender o modelo de atenção à saúde inaugurado pelo PSF no Brasil deve-se inicialmente estar consciente de que o PSF de uma comunidade específica é distinto dos demais, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Em outras palavras, o PSF encontrado nas mais diversas comunidades brasileiras é simplesmente o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar proposto e primariamente financiado pelo governo federal. Compreendemos que essa diversidade de experiências do PSF nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade de tempo de implementação, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário.

Resolvemos simplesmente descrever a proposta nacional de atenção à saúde do PSF, mesmo estando conscientes dos riscos de generalização que essa caracterização possa trazer. A organização das ações de uma equipe de saúde da família é basicamente construída sobre 11 pilares estruturantes (Brasil, 2001): definição e descrição do território de abrangência; adscrição da clientela; diagnóstico de saúde da comunidade; organização da demanda; trabalho em equipe multiprofissional; enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; estímulo à participação e controle social; organização de ações de promoção de saúde; resgate da medicina popular; organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe e identificação dos serviços de referência nos níveis secundário e terciário.

Esses pilares estruturantes delimitam um modelo inovador de atenção à saúde, que passa a ter um caráter primariamente coletivo e integral, construído sobre a ação coordenada e compartilhada de diversos profissionais de saúde, planejado e estruturado no nível local com participação efetiva da comunidade e focado essencialmente numa perspectiva de saúde inclusiva e multidimensional. Um resumo didático da clara dicotomia entre o modelo clássico e hegemônico anterior à implantação do PSF e o modelo proposto pelo PSF brasileiro foi apresentado por Andrade e outros (2004a), como se vê no quadro 3.

Quadro 3

Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e o PSF brasileiro

Modelo hegemônico	PSF
Saúde como ausência de doença.	Saúde como qualidade de vida.
Base em práticas freqüentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como um favor e não como um direito do cidadão.	Prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania.

Atenção centrada no indivíduo.	Atenção centrada no coletivo.
Centrado em ações curativas.	Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação.
Hospital como serviço de saúde dominante.	Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária articulados entre si.
Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios.	Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios, permitindo acesso de toda a população.
Predomínio da intervenção do profissional médico.	Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar.
Planejamento e programação desconsiderando o perfil epidemiológico da população.	Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer.
Não-consideração da realidade e autonomia local, não-valorização da participação comunitária.	Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família.
Funcionamento baseado na demanda espontânea.	Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita.

5. O PSF: um novo modelo de gestão da saúde

O PSF brasileiro inaugurou não somente um modelo inovador de atenção à saúde, como também contribuiu para a consolidação de uma nova perspectiva de gestão de saúde no Brasil, a qual foi iniciada com a fundação formal do SUS. O marco regulatório do nosso sistema de saúde é representado pela Constituição de 1988, que determina a construção de um sistema único de saúde caracterizado pelos princípios norteadores de universalidade de acesso e eqüidade de atenção à saúde, hierarquização das atribuições governamentais entre as três esferas do poder público, integralidade da atenção à saúde, estímulo à descentralização das ações de planejamento e gestão e controle social das ações governamentais de saúde (Andrade, 2002). A perspectiva inovadora e a complexidade intrínseca ao conjunto desses princípios impõem um grande desafio à sua operacionalização efetiva. Especialmente em virtude da necessidade de comprometimento de recursos financeiros públicos, de expansão da rede de infra-estrutura física de atendimento à saúde, de realinhamento das filosofias de atenção à saúde, de capa-citação dos gestores nos três níveis de governo e da própria educação e informação do usuário, o processo de absorção desses princípios no âmbito do SUS vinha sendo alcançado de forma desestruturada e pouco sistematizada, muitas vezes tensionada pelo *status quo* que questionava continuadamente a relevância, a efetividade e até a justiça social de um sistema de saúde com as características organizativas e ideológicas do SUS. Aliada a isso, a falta de profissionalização nos processos decisórios de seleção e implementação de políticas públicas de saú-

de não era incomum. Essas políticas eram normalmente motivadas pelo apelo político associado ao programa ou pela simples disponibilidade de recursos internacionais para o seu financiamento e muitas vezes não seguiam uma coerência mínima com os princípios estruturantes do SUS.

A opção governamental de se instituir o PSF foi então essencialmente construída numa perspectiva de superação dessas dificuldades, na medida em que o PSF foi selecionado sob a crença do aparente custo-benefício positivo das ações de atenção básica e da possibilidade de se melhor estruturar o SUS. A sua implementação veio acompanhada de uma ampla transferência de responsabilidade e adição de novos atores no processo de decisões de saúde no nível local. As equipes de saúde da família passaram a ter um papel que extrapolava a tradicional resposta profissional às demandas de saúde e passaram a ser organizadoras da demanda local, planejadoras das ações de saúde, educadoras populares e essencialmente agentes de transformação social (Sucupira, 2003; Donato e Mendes, 2003). Essa delegação de novas responsabilidades e ganho de autonomia no processo decisório de saúde pelas equipes locais aconteceu de forma associada a uma transferência de autoridade de gestão administrativa e orçamentária para o município, que passou a ser o responsável primário pela assistência integral à saúde dos munícipes (Andrade, 2002). A proximidade desses processos decisórios de saúde da comunidade acabou por gerar uma maior consciência e participação dos membros da comunidade nas discussões de saúde, e o próprio papel regulador da comunidade em relação às ações do poder público passou a ser mais proativo.

Logo, a implementação do PSF trouxe consigo um importante impacto nos mecanismos de gestão de saúde no Brasil, especialmente sob os princípios organizativos do SUS de universalidade, descentralização, integralidade e controle social. O quadro 4 mostra uma breve discussão da ação do PSF sob cada uma dessas dimensões organizativas.

Quadro 4

Impacto do PSF sob algumas das dimensões organizativas do SUS

Dimensão organizativa	Impacto
Universalização	Expansão disseminada de acesso à atenção básica. Tentativa de superação das iniqüidades de saúde, quando houve uma oportunidade inicial de acesso consistente à saúde em áreas de risco, especialmente aquelas geograficamente isoladas e de difícil acesso rodoviário. Tentativa de superação das desigualdades regionais, quando se possibilitou a implantação de equipes do PSF compostas também por médicos e enfermeiros em regiões brasileiras historicamente menos privilegiadas, como o Nordeste e o Norte.

Descentralização	Transferência de autoridade de gestão administrativa/orçamentária ao município. Transferência direta e estável de recursos federais para o financiamento do programa. Delegação da responsabilidade primária sobre a saúde dos cidadãos (por exemplo, planejamento das ações, implementação e avaliação/monitoramento) ao poder público local. Ganho de autonomia nas decisões de saúde relativas aos munícipes pelos profissionais de saúde locais.
Integralidade	Houve uma necessidade de se integrar a rede básica com as redes secundária e terciária quando o PSF passou a identificar problemas de saúde que não podiam ter resolutividade local. Esse processo acabou por estimular uma ação mais efetiva das redes regionais de atenção à saúde, fomentadas pela pactuação entre municípios e o estado. A própria tendência de se buscar interdisciplinaridade nas equipes do PSF contribuiu para a consolidação da integralidade.
Controle social	Maior consciência das condições de saúde e participação comunitária nas decisões de relevância local. Comportamento regulador mais proativo nos conselhos municipais de saúde, muitas vezes estimulado pelas próprias equipes de saúde da família. Algumas experiências de planejamento e avaliação participativos.

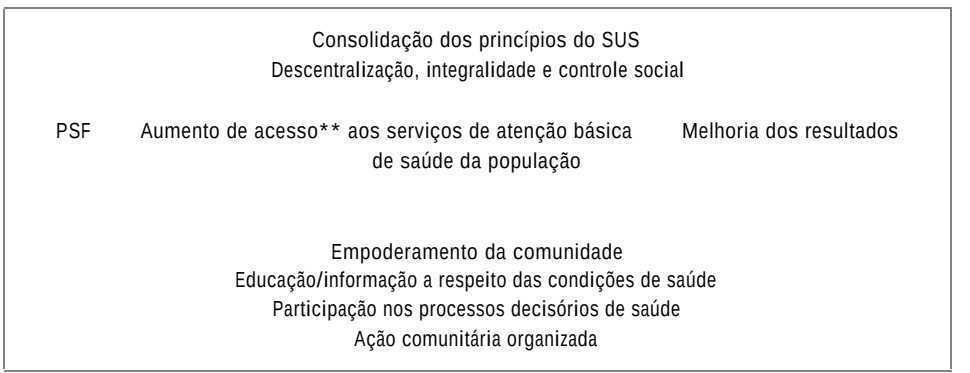
6. O impacto do PSF na saúde da população

Acredita-se que a atenção básica à saúde é uma estratégia eficaz de melhoria dos resultados de saúde em virtude do aumento do acesso aos serviços básicos, pelo impacto resultante sob a justiça social e no processo de empoderamento das comunidades-alvo (Roemer, 1986). Entretanto, para serem efetivos, sistemas de atenção básica devem ser baseados em conhecimento científico acumulado e devem utilizar métodos social e culturalmente aceitos, que possam estar disponíveis para os indivíduos e as famílias nas comunidades onde elas residem. Adicionalmente, acreditamos que qualquer política de saúde implementada no contexto de um sistema de saúde deve estar alinhada com os princípios ideológicos, organizativos e de filosofia de atenção à saúde que norteiam esse sistema.

A experiência prática nas lides de gestão do PSF associada aos modelos de impacto de outras experiências de atenção básica nos fez propor um modelo de impacto do PSF na saúde da população brasileira que pudesse facilitar as abordagens científico-avaliativas futuras. Esse modelo teoriza dois níveis de ação positiva do PSF sob a saúde da população, um intermediário (de processo) e um final (de resultado), que estariam hierarquicamente associados, na medida em que, para que se possa alcançar uma mudança nos indicadores de resultado, o PSF teria que necessariamente exercer algum tipo de influência sob os indicadores de processo. Uma ilustração do modelo proposto é apresentada pela figura da próxima página.

Esse modelo sugere que o PSF tem uma influência positiva na saúde da população não só de curto prazo, com uma expansão inicial de acesso à atenção básica, mas também sustentada quando se criam garantias para uma gestão alinhada com o sistema em que o PSF está integrado e uma transferência de recursos, autonomia de gestão e poder de decisão para as comunidades, mais especificamente quando são criados mecanismos diretos e indiretos de participação comunitária efetiva (Andrade, 2002). O alinhamento e a consolidação com os princípios de descentralização, integralidade e controle social garantem uma perspectiva de integração do PSF com o resto do sistema e possibilitam uma atenção à saúde dos indivíduos e famílias completa, integrada e responsiva às demandas identificadas localmente. Já o empoderamento permite o fortalecimento das comunidades no processo de reconhecimento daquilo que as afeta e na capacidade de ter acesso ao poder e aos mecanismos que possam transformar suas realidades, assim permitindo a sustentabilidade de programas e políticas considerados efetivos e a geração de estratégias próprias de resposta aos problemas identificados (Martins, 2003; Goya, 2003).

Modelo lógico proposto para o impacto do PSF sob os indicadores de processo e resultado de saúde nas comunidades-alvo*



* Modelo desenvolvido por Bezerra (2004) e apresentado em seminário na Universidade do Arizona/College of Public Health para explicação do impacto do PSF na saúde da população brasileira.
** Superação de barreiras geográficas e culturais de acesso à saúde.

Esse modelo tem por intenção uma explicação teórica dos mecanismos sociais que moderam a ação do PSF sobre a saúde das comunidades em que as equipes estão inseridas. A busca dessa modelação teórica é fundamental para nortear as futuras expedições avaliativas de larga escala, quantitativas e qualitativas, especialmente aquelas que permitam uma compreensão adicional às informações descritivas disponíveis atu-

almente, que servem mais como ilustração do que mesmo verdade científica. Esses processos descritivos do impacto potencial do PSF na saúde da população brasileira, especialmente nos indicadores de acesso e resultado de saúde, foram discutidos pontualmente por outros autores e estão disponíveis nos bancos de dados do Ministério da Saúde, especialmente no Sistema de Informações da Atenção Básica — Siab (Brasil, 2004). Os dados descritivos disponíveis, apesar de não definirem o impacto absoluto do PSF e uma compreensão dos processos moderadores associados, indicam uma mudança de perfil da saúde dos brasileiros que coincide com o período de implementação do PSF nos municípios brasileiros nos últimos 10 anos, como ilustrado nas tabelas 3, 4 e 5 apresentadas a seguir.

Tabela 3

Evolução da cobertura vacinal na população por tipo de vacina, para os grupos populacionais com necessidade de cobertura, nos municípios cobertos pelo PSF

Tipo de vacina	1994 (cobertura)	2001 (cobertura)
DPT	74%	95%
Sarampo	78%	Aproximadamente 100%
BCG	94%	Aproximadamente 100%
Poliomielite	71%	Aproximadamente 100%

Fonte: Datasus (2004).

Tabela 4

Comparação do número total absoluto de consultas pré-natais realizadas em 1996 e 2001, nos municípios cobertos pelo PSF

Ano	Número de consultas pré-natais (em milhões/ano)
1996	4,2
2001	10,1

Fonte: Datasus (2004).

Tabela 5

Evolução das taxas de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) e mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos)

Ano	Taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade materna
1994	41	Não disponível
1995	39,4	Não disponível
1996	37,47	Não disponível
1997	36,7	61
1998	33,1	68
1999	31,8	55,8
2000	28,3	45,8

Fonte: Datasus (2004).

7. O PSF e a implementação SUS

Considerando a história e os resultados do PSF como estratégia de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, é possível afirmar que a sua continuidade e aperfeiçoamento são essenciais para que o Brasil caminhe na implementação de sua política de saúde, uma política de Estado e não apenas de governo, com vistas a conquistar a atenção universal, integral e equânime à saúde de sua população.

Além da persistência na estratégia da saúde da família como ponto principal para a sustentação dos avanços já obtidos, há um elenco de desafios que é preciso enfrentar para consolidar e ampliar os resultados e para aperfeiçoar o programa na sua implementação.

A capacitação é um grande desafio para o PSF e para o SUS. Capacitação dos gestores para o exercício de gestão da atenção básica, com foco nas famílias e comunidades. Capacitação dos profissionais de saúde trabalhadores das equipes de saúde da família e alinhamento das filosofias de exercício profissional das atenções básica e especializada.

Não se trata apenas de capacitações complementares ou suplementares, mas de promover mudanças nos cursos de graduação da área de saúde para formação de profissionais generalistas, comprometidos com os princípios do SUS, especialmente nos cursos de graduação em medicina.

O art. 200 do capítulo de saúde da Constituição define que cabe ao setor de saúde regular a formação de recursos humanos para o SUS, adequando a formação de profissionais de saúde do país às necessidades de saúde da população. É preciso implementar essa determinação constitucional.

Ao lado da capacitação está também o desafio da estabilidade das relações profissionais e de trabalho para que haja continuidade e solidez no estabelecimento das relações entre equipes de saúde da família e membros da comunidade.

Relacionado com os desafios anteriores e também na articulação intragovernamental e na articulação das três esferas de governo está o investimento na interdisciplinaridade das ações do PSF e no aprimoramento da integralidade para garantia de um PSF mais resolutivo.

O aprimoramento da qualidade é outro desafio, a ser enfrentado com a busca de um conjunto de medidas de qualidade (processo e resultado) para que haja um processo disseminado e consistente de monitoramento e avaliação dos programas no nível local.

Apesar de o SUS ter mecanismos formais de participação nas deliberações do sistema, ainda é um desafio garantir a efetiva participação popular em busca de um PSF mais responsivo às necessidades locais.

Finalmente, é um desafio implementar uma política de comunicação social que garanta forte apoio popular ao SUS e ao PSF, dando conhecimento à população das grandes virtudes do sistema público de saúde brasileiro, apesar dos problemas existentes, superando as críticas fáceis e oportunistas. Tornar públicas e acessíveis as informações que mostram a situação de saúde do país, a evolução dos indicadores a cada ano ou período, a comparação com indicadores de outros países, tudo isso é importante para qualificar a reflexão e para a formação de uma crítica consistente e capaz de contribuir tanto para o aperfeiçoamento do sistema quanto para a proteção de seus ganhos e avanços para a saúde da população brasileira.

Referências bibliográficas

ANDRADE, L. O. M. *Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte:* a experiência de Icapuí. Fortaleza: Expressão Gráfica, 1992.

———. *Sistema de saúde do Brasil:* normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2002.

———; BARRETO, I. C. H. C.; MARTINS, T. A estratégia de saúde da família no Brasil e a superação de medicina familiar. *Sanare: Revista de Políticas Públicas.* Disponível em: <www.sobral.ce.gov.br/saudedefamilia/index2.html>. Acesso em: 15 jul. 2003.

——— ; ———; FONSECA, C.D.A. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIOGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial*: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004a. p. 88-100.

——— ; ———; GOYA, N.; MARTINS, T. Estratégia saúde da família em Sobral. *Sanare: Revista de Políticas Públicas,* v. 5, n. 1; p. 9-20, 2004b.

BASCH, P. *Textbook of international health*. New York: Oxford University Press, 1990.

BEZERRA, R. C. R. Modelo de impacto do PSF em resultados de saúde. Tucson, 2004. ms.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, 2001.

———. *Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação — competência*. Brasília, 2004.

CONILL, E. M. Primary care policies and health reform: an evaluative approach based on the analysis of the Family Health Program in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil; 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, n. 18, suppl. 191, p. 202, 2002.

DATASUS. *Informações de saúde*. Ministério da Saúde: Brasília, 2004. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 23 nov. 2004.

DONATO, A. F.; MENDES, R. Relação educativa da equipe de saúde da família com a população. Empoderamento. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, v. 1, p. 35-38, 2003.

DUARTE, E. C. et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2002.

GILPIN, M. Update-Cuba: on the road to a family medicine nation. *J. Public Health Policy*, n. 1, p. 83-203, 1991.

GONÇALVES, R. B. Mendes. *Tecnologia e organização social das praticas de saúde:* características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

GOYA, N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, v. 1, p. 51-56, 2003.

HART, R. H.; BELSEY, M. A.; TARIMO, E. *Integrating maternal and child health services with primary health care*. Geneva: World Health Organization, 1990.

JORGE, M. H. P. Mello; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. *A saúde no Brasil:* análise do período 1996 a 1999. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2001.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. *Sanare*: *Revista de Políticas Públicas*, v. 5, n. 1, p. 121-130, 2004.

LORD DAWSON OF PENN. *Interim report on the future provisions of medical and allied services*. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

MARTINS, T. J. Empoderamento. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, v. 1, p. 27-30, 2003.

MEHRY, E. E. *A saúde publica como política:* um estudo de formuladores de política. São Paulo: Hucitec, 1979.

MENDES, E. V. (Ed.). *Distrito sanitário:* o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MULLAN, F.; EPSTEIN, L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am. J. Public Health,* n. 11, p. 1148-1159, 2002.

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; VIANNA, S. M. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil:* uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2001.

RIFKIN, S.; WALT, G. Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Soc. Sci. Med.,* n. 23, p. 559-566, 1986.

ROEMER, M. I. Priority for primary health care: its development and problems. *Health Policy Plan,* n. 1, p. 58-66, 1986.

SANTOS, M. O lugar e o cotidiano. In: SANTOS, M. *A natureza do espaço:* espaço e tempo, razão e emoção. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p. 251-262, 1999.

SCHRAIBER, L. B. *Programação de saúde hoje.* São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA JR., A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde* — o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

STARFIELD, B. *Primary care:* balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press, 1998. p. 19-100.

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. *Sanare: Revista de Políticas Públicas,* v. 1, p. 11-14, 2003.

TALLON, J. R. A health policy agenda including the poor. *Jama,* n. 261, p. 1044, 1989.

VUORI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Community Med.,* n. 6, p. 221-231, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Statistical indices of family health.* Geneva: World Health Organization, 1976.

———. *Primary health care.* Geneva: World Health Organization, 1978.