

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRATÉGIA DE EFETIVAÇÃO DA SAÚDE?

THE FAMILY HEALTH PROGRAM: EFFECTIVE HEALTH STRATEGY?

Ariana Martins*

Neide Aparecida de Souza Lehfeld**

RESUMO: O presente estudo busca compreender o processo de mudança do conceito saúde-doença no Brasil que transformou a forma de funcionamento, atendimento, abordagem e acompanhamento dos serviços de saúde. Destaca-se que o em meados dos anos 1970 apresentava-se como a simples ausência de doenças, com uma assistência fragmentada e de pouca consideração do contexto social, obteve-se, por meio de tensões sociais, provocadas pelas novas forças políticas e a aquisição de técnicas produtivas, um conceito mais amplo constituído por um conjunto de fatores, os quais determinam as condições e níveis de saúde da população. Assim conhecer o processo de implantação do Programa de Saúde da Família e questionar sobre seu papel é fundamental no atual contexto em que seu foco está centrado na família.

Palavras-chave: Família. Programa Saúde da família. Saúde.

ABSTRACT: *The present study seeks to understand the change process of the concept health-disease in Brazil, which transformed the way of functioning, attendance, approach and monitoring work regarding health services. Points out that in the mid-1970 it appeared as the mere absence of disease, with a fragmented assistance and low regard of the social context, it obtained by means of social tensions, caused by new political forces and the acquisition of production techniques, a broader concept consisting of a set of factors, which determine the conditions and levels of health of the population. Thus, know the process of implementation of the Family Health Program and questioning its role is fundamental in the current context where its focus is centered on family.*

Keywords: Family. Family Health Program. Health.

1 CAMINHOS PARA A SAÚDE PÚBLICA

No Brasil em 1923 foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), como iniciativa do poder central, as quais eram formadas por empresas, com a função de prestar benefícios aos seus contribuintes, como pensões, aposentadorias e assistência médica a seus filiados e dependentes.

* Programa de Pós-Graduação – Doutorado e QUAVISSS - Unesp – câmpus de Franca. .

** Doutorado em Serviço Social PUC/SP. Pós-doutorado pela Universidade de Coimbra. Bolsista de Produtividade em Pesquisa pelo CNPq.

Com a promulgação da Lei Eloy Chaves, também em 1923, as CAPs foram regulamentadas, o que abrangeu os benefícios para outros grupos de assalariados, principalmente os ferroviários e marítimos, pois estes eram considerados os que equilibravam a economia brasileira, pelo contexto histórico de expansão deste ramo de atividades econômica no país.

No fim da década de 1920, as CAPs foram unificadas e substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliou ainda mais a extensão dos benefícios à população. Em 1930 foi criado o Ministério de Educação e Saúde, separando-se somente em 1953, com a criação do Ministério da Saúde podendo aprimorar a área da pesquisa e formação de recursos humanos.

Mudanças significativas na vida política da nação foram se refletindo nas abordagens à questão da saúde. A ideologia desenvolvimentista e nacionalista tomou grande força no governo de Juscelino Kubitschek, com a campanha “cinquenta anos em cinco”, na década de 1960. Neste mesmo período foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social propondo a universalização dos benefícios prestados pelos IAPs.

Nesta época foram movidos grandes empreendimentos, como as usinas hidrelétricas e abertura de estradas a fim de atrair o capital estrangeiro e desenvolver o setor industrial. Todo este aparato implantado sem uma preparação da infra-estrutura necessária, provocou um fenômeno de grande decadência no quadro de saúde da população brasileira. A saída de trabalhadores sem preparo profissional da área rural para os centros urbanos, atraídos pela possibilidade de emprego e renda nas nossas indústrias, formou um verdadeiro aglomerado de pessoas sem condições adequadas para viver, surgindo principalmente as epidemias e doenças venéreas.

Nesta situação de inchaço do meio urbano, surgiram campanhas de vacinação e a instalação de outros tipos de unidades de serviços de saúde a fim de dar assistência a esta população migrante que se tornou marginalizada.

[...] porque as cidades não estão preparadas para receber a numerosa população proveniente do êxodo rural. Sem transportes e saneamento básico

adequados, energia elétrica suficiente, escolas, assistência médica e outros serviços públicos em condições de atendimento da crescente demanda, as cidades incham-se e desumanizam-se. Assim, grande parte da população urbana vive marginalizada em favelas ou bolsões de miséria, em condições de vida subumanas (PINHO, 1988, p.23).

A ditadura, revigorada no Brasil no ano de 1964, porém agora com o militarismo, apresentou caráter ainda mais repressor. A política de saúde centralizou os serviços médicos no setor privados, onde as ações de educação à saúde não tinham espaço.

Com a posse de Costa e Silva (Ministro do Exército) a presidência de 1967, foi fortalecido o modelo ditatorial de governo com práticas de torturas, censuras, suspensão de direitos políticos e de repressão à liberdade de expressão. Costa e Silva formulou uma nova Constituição Federal, a qual unificou os IAPs, centralizando a organização previdenciária no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando o modelo médico assistencial privatista.

Em 1968 houve uma expansão das escolas médicas integrando a concepção internacional de Atenção Básica em Saúde, sendo inaugurado um novo critério da classe médica, um conhecimento científico amplo, possibilitando que os médicos sanitaristas trabalhassem com a educação popular em saúde.

Segundo Vasconcelos (1997, p. 146), a participação de profissionais nas experiências da educação popular, a partir dos anos 1970, possibilitou ao atendimento “uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde”.

O Relatório Lalonde, em 1974, a Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma Ata, em 1978 e as conferências internacionais de promoção da saúde evidenciavam a importância da avaliação dos fatores como o estilo de vida e hábitos alimentares na produção da saúde-doença.

Entre 1976 e 1978 foi apresentada, na 3ª Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, uma proposta de montar

“estratégias de atenção primária” e participação comunitária, o que provocou a expansão da formação dos médicos sanitaristas.

No ano de 1976 o Posto de Atendimento Sanitário foi restabelecido pelo decreto de n. 8.648, passando a atuar como extensão do Centro de Saúde. Assim, famílias que residiam em locais distantes dos serviços de saúde podiam ter um tipo de atendimento mais próximo.

Em 1979 aconteceu o 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, onde foram levantadas as condições a Reforma Sanitária brasileira, tendo como princípio:

[...] uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2002, p.76).

Neste movimento estiveram presentes os técnicos do Ministério da Saúde com propostas de reorientação do sistema através da descentralização do poder, o fortalecimento do poder público, a prioridade para atividades preventivas, a universalização do atendimento e a participação da comunidade.

As primeiras expressões deste movimento fizeram surgir o Prev-Saúde com o objetivo de descentralizar o sistema via mecanismos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), demonstrando preocupação com a atenção primária e a saúde comunitária. Porém, com muitos impasses, o Prev-Saúde não adquiriu efetividade, sendo criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, em 1981, com a elaboração de uma proposta para a criação de subsistemas privados.

No início da década de 1980, o Brasil passa por uma nova crise econômica, findando o período militar, e visando novos cortes na assistência médica. Nesse período foram criadas as Autorizações de Internação Hospitalar, como forma de controle sobre o setor privado, institucionalizando um novo padrão de

relação entre a Previdência Social e os setores públicos de saúde estadual e municipal.

Neste período todos os segmentos da população se organizaram e debateram sobre a necessidade de descentralização dos serviços de saúde, pressupondo que o Estado seria o responsável pelos serviços de saúde de toda a população.

Esta ação começou a ganhar força principalmente durante o Governo do General Figueiredo, que com a participação da sociedade civil, pela primeira vez, houve um evento que colocasse em pauta este tema.

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que se abordou o tema “Saúde, direito de todos e dever do Estado”, discutindo a situação de saúde no Brasil. Este debate desencadeou na Reforma Sanitária, que teve como propósito mudar o modelo de assistência à saúde vigente, propondo uma política de caráter universalista (direito de todos) e não contributiva (dever do Estado).

O primeiro passo para esta mudança foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, através do decreto 94.657 de 20 de julho de 1987. Seu propósito era de democratizar o atendimento a saúde, funcionando com convênios realizados entre Estado e Secretarias Estaduais, Municipais de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído posteriormente, organizou todo o sistema de atendimento, de financiamento, de hierarquia e dos níveis de atuação. Dentre os princípios e diretrizes do SUS encontram-se a universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, participação da comunidade, regionalização e hierarquização.

Dentre os níveis de atenção integram-se a Atenção Básica, denominada de nível primário e considerada a porta de entrada dos usuários. Neste constituem-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF). No nível secundário, são os constituídos os serviços de saúde especializados. Já no nível terciário, compõe-se dos hospitais de grande porte e de atendimento aos casos de alta complexidade, como são os Hospitais de Clínicas.

Ao SUS coube a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; promover a descentralização para os municípios referentes aos serviços e ações de saúde; atividades preventivas, entre outras.

Foi em 1988, com a nova Constituição, que a saúde assumiu um papel universal e igualitário na sociedade brasileira, conforme preconizou a Lei em seu artigo 196:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) esclareceu o papel das três instâncias de governo - federal, estadual e municipal, como também o reconhecimento do direito de se obter um meio ambiente saudável e equilibrado, além de outros fatores como se refere no artigo 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, 1990a, art. 3º).

Em 1992 aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde iniciando a descentralização e ampliação da participação popular (BRASIL, 1992, on line).

Já em 1996, com a X Conferência, que teve como tema “SUS - Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, onde houve o fortalecimento do controle social, conforme o Relatório Final desta Conferência:

Estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, visando estabelecer prioridades de acordo com as necessidades da população, que deverá ser consultada sobre a

implantação de programas, unidades e serviços de saúde. Promover eventos e oficinas abertas visando informar aos usuários do SUS e instrumentalizá-los para o exercício da cidadania (BRASIL, 1996, on line).

Em 2000 foi realizada a XI Conferência com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção a saúde, com controle social”, a qual em seu Relatório atestou novamente a importância da participação da população nas políticas públicas:

Somente com a reorientação da atual política pública, social e econômica é que podemos viabilizar com sucesso o processo de consolidação do SUS, o que inclui, a exemplo de lutas de importantes segmentos da sociedade civil, pois sem controle social, não é possível a efetivação do SUS (BRASIL, 2000, on line).

Em 2001 foi publicada no Rio de Janeiro a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), trazendo uma reorientação do sistema e ampliação da Atenção Básica, apontando três grupos de estratégias prioritárias, a fim de contribuir para a organização dos sistemas de saúde: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, o fortalecimento da capacidade gestora do SUS e a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios.

A proposta de ampliação da Atenção Básica trazida pela NOAS 01/2001 comportou a definição das responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros deveriam desenvolver, como por exemplo, o controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, a eliminação da hanseníase, ações no âmbito da saúde da mulher e criança e de saúde bucal.

2 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentre as iniciativas da implantação do PSF, destacam-se alguns modelos de saúde que influenciaram seu processo no Brasil, um deles foi o modelo de Medicina Familiar instituído na Inglaterra na década de 1920. Com o Relatório Dawson, elaborado pelo Lord Bertrand Dawson, foi iniciada a proposta da organização de um sistema de saúde que mediasse a integração dos três níveis de atenção à saúde - primário, secundário e terciário (STARFIELD, 2002 apud SILVA, A. C. 2007, p. 22). A Medicina Familiar na Inglaterra tem longa tradição, levando cerca de cinquenta anos para construir um modelo de atenção integral.

Na Espanha as modificações no sistema de atenção primária, foram fundamentais para o movimento de Reforma Sanitária, que iniciara no país nos períodos de 1983 a 1990. Após a Reforma, cerca de 80% das consultas começaram a ser realizadas pelo médico da família, que pretende atender cerca de 85% da demanda.

Em Cuba, a partir de 1984, também houve a adoção de um novo modelo de atenção primária à saúde, por meio do Programa Médico da Família, que tem por objetivo “melhorar o estado de saúde da população mediante ações integrais dirigidas à família, à comunidade e ao ambiente, mediante a vinculação com as populações e com os diferentes setores e instituições” (FINAMOUR, 1995 apud SILVA, A. C. 2007, p. 27-28).

A partir dos anos 1950, a Medicina Familiar passou a ser adotada em diferentes países, como por exemplo, no Canadá, nos EUA e no Nepal, onde os médicos de família participam da atenção a pacientes hospitalizados e não somente nos ambulatórios e primeiro socorros de atendimento à demanda espontânea. O sistema de saúde canadense, por exemplo, passou a conter como princípios da política de saúde pública a universalidade, integridade, gestão pública e acessibilidade, garantindo, assim, o direito à saúde em todos os níveis de atenção.

O modelo de Medicina Familiar atingiu a América Latina por volta dos anos 1980, com iniciativas no Chile, onde o cuidado

com a atenção estendia-se a toda família e em todas as etapas do ciclo vital. Segundo Anamaria (SILVA, A.C. 2007, p.25), o enfoque biopsicossocial promoveu a mudança de um paradigma biomédico, para um enfoque holístico, do cuidado personalizado, tendo a família como a unidade de atenção.

Entre os anos de 1960 e 1970, o Brasil, foi intensamente influenciado pelo movimento de Medicina Comunitária, aplicando uma visão social mais ampla a respeito da saúde-doença.

Nesta mesma época algumas iniciativas no bairro de Murialdo, em Porto Alegre, permitiram o trabalho comunitário a partir do conceito de atenção continuada às famílias, como também a incorporação dos Agentes Comunitários às equipes de saúde (CHAVES, 1983 apud SILVA, 2007, p. 34; TRAD & BASTOS, 1998 apud SILVA, 2007, p. 34).

Em 1975 o Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, Brasília/DF, teve como objetivo modificar a visão tradicional dos serviços de saúde e preparar um novo tipo de “auxiliar de saúde”, capaz de operar tanto em pequenas comunidades urbanas como em zonas rurais (SILVA, 2007, p. 144).

Em 20 de setembro de 1988 foi aprovada na XXXIII Reunião em Washington, através do Conselho Diretivo da OPAS, a reorientação dos Sistemas Nacionais de Saúde através da estratégia dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). No Brasil os sistemas locais aproximavam-se da idéia de Distritos Sanitários enquanto processos sociais de mudança das práticas sanitárias. Segundo Mendes (1993), os Distritos Sanitários conceituam-se como um processo social com três dimensões: político, ideológico e tecnológico.

No campo político, busca-se a transformação do sistema de saúde através de uma situação de poderes compartilhados ou de interesses que se manifestam e entram em conflito pela luta política. Já na dimensão ideológica, trata-se de obter uma concepção ampla do processo saúde-doença, introduzindo o paradigma de “promoção da saúde”; e, na dimensão tecnológica o Distrito Sanitário procura utilizar os conhecimentos, métodos e técnicas a fim de construir um “rearranjo físico-funcional das unidades de saúde”.

Para a implantação dos Distritos Sanitários existem basicamente três conceitos-chave: o território, problema e prática sanitária. O conhecimento do território permite a caracterização da população e seus problemas de saúde, ajudando que a população tenha maior acesso aos serviços de saúde, como também, às condições de vida necessárias para se obter saúde (nutrição, habitação, educação e outros).

O mapeamento da região de abrangência, por meio dos serviços de saúde, possibilitou conhecer as distintas realidades locais os riscos que a população estava exposta e visualizar estratégias para seus enfrentamentos. O território quando não entendido apenas como espaço geográfico, mas como espaço construído pelo modo de vida do coletivo humano e suas relações sociais, culturais, políticas e históricas, o campo de conhecimento dos profissionais expandem-se ao ponto de estudarem mais que mapas e realizar diagnósticos de saúde de cada área, mas passam a procurar identificar as redes sociais que os sujeitos estão inseridos, como também as lideranças locais, que ajudarão na potencialização do Programa.

No Ceará o movimento dos Agentes de Saúde vem sendo desenvolvido desde 1987, com prioridade de atendimento na zona rural, onde não havia nenhuma assistência à população e o acesso aos serviços de saúde era praticamente inexistente.

A prática de utilização de pessoas da própria comunidade, segundo Anamaria (SILVA, A. C. 2007, p. 36) ajuda a difundir os conhecimentos entre os vizinhos. Esta prática foi amplamente difundida no nordeste brasileiro, especificamente no estado do Ceará, onde no final dos anos 1980, observou-se um total de 6.100 mulheres que viviam entre a linha de pobreza, necessitando de ajuda para sobreviverem à seca (MINAYO et al., 1990 apud SILVA, A. C. 2007, p. 36). Em 1989 foi inaugurado o Projeto Agentes de Saúde, abrangendo quarenta e cinco municípios, empregando cerca de 1.701 agentes.

O Unicef¹ deu notoriedade ao Programa, premiando-o na sede da Organização das Nações Unidas, em Nova York, em 1993, pela redução da mortalidade infantil no Ceará.

Em Sobral, também no estado do Ceará, a implantação do Programa de Agentes de Saúde se deu em 1992, que ao longo do tempo foi tomando força até integrar-se num projeto maior em 1997 que foi o funcionamento do Programa de Saúde da Família. No Ceará os municípios de Quixadá, Jucás, Cascavel, Fortim, Iço e Beberibe, foram os primeiros a aderirem a proposta e iniciaram de fato o PSF a partir de junho de 1994 (GOYA, 1996 apud SILVA, A. C. 2007, p. 45; MENDES, 2002 apud SILVA, A. C. 2007, p. 36).

O PSF destaca-se como uma estratégia e/ou um sistema para a reorientação ou reorganização da atenção básica à saúde, centralizando seu foco de atuação na promoção da qualidade de vida. O Programa procura manter uma coerência com os princípios do SUS (acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular).

O Programa procura desenvolver um atendimento de atenção integral tanto individualmente como coletivamente. As equipes procuram “analisar junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência nos aspectos demográficos, sócio-econômicos, ambientais, sanitários e outros, identificando os problemas e as potencialidades existentes” (SILVA, A. C. 2007, p.11).

Dentre as atribuições do PSF estão:

- conhecer a realidade das famílias (sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas);
- identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;

¹ O United Nations Children's Fund (UNICEF), significa em português Fundo das Nações Unidas para a Infância, está presente no Brasil desde 1950, liderando e apoiando algumas ações na área da infância e da adolescência no País, como as campanhas de imunização e aleitamento materno, a aprovação do artigo 227 da Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2008, on line).

- resolver a maior parte dos problemas de saúde e quando não for possível, garantir a continuidade do tratamento;
- prestar assistência integral, promovendo a saúde através da educação sanitária;

As equipes de PSF desenvolvem seus serviços associando-os à criação de canais e de mecanismos facilitadores para a participação da população, atribuindo a eles o papel de sujeitos ativos do processo de manutenção e recuperação de sua saúde.

O Programa hoje, dispõe de uma equipe mínima formada por um(a) médico(a) generalista; um(a) enfermeiro(a); dois(as) auxiliares de enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de saúde, conforme o número de população atendida. Suas atividades básicas estão entre consultas médicas, consultas de enfermagem, atendimentos domiciliares, atendimentos básicos de enfermagem, vacinação, atividades sócio-educativas e outros.

Segundo o Caderno 1 de Atenção Básica (BRASIL, 2000, p. 5) elaborado pelo Ministério da Saúde, são atribuições de um profissional qualificado para o PSF:

- compreender os princípios e diretrizes básicas do PSF no âmbito do SUS;
- identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços de Saúde da Família: trabalho em equipe, desenvolvimento das ações programáticas, reorganização do processo de trabalho e intersetorialidade.

É com base nestes conceitos e discussões que vemos a atuação do PSF que tem sua ação focalizada nas famílias, preocupando-se com a boa situação da família no âmbito do processo saúde-doença, desenvolve um atendimento individual aos membros da família.

O PSF ao agir de forma intersetorial e interdisciplinar com a proteção e alteração da qualidade de vida das famílias, podem desenvolver atividades que não se limitam ao bom controle e acompanhamento clínico, mas acrescentar a informação, orientação e apoio psicossocial aos grupos de gestante, adolescente, hipertensos

e diabéticos e outros que possam utilizar a cultura como ferramenta à educação em saúde.

O foco na família e na comunidade são abordagens que vêm de encontro com o princípio da integralidade da atenção. As ESFs têm o coletivo como seu foco de atenção,

[...] entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família e esta última em determinado grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e, conseqüentemente, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar um impacto profundo e duradouro nesse processo. Isto significa que a abordagem individual deverá ser abandonada (SILVA, A. C. 2007, p. 57-58).

O estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais de saúde e os usuários de seus serviços é fundamental para a aplicação nesta nova abordagem. Para isto um novo perfil para os profissionais também é exigido, como

Atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutive, que envolva promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Para isto, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação (BRASIL, 2000, p. 9)

A marca fundamental do PSF é o foco na saúde e não mais na doença. Nesse sentido o indivíduo é compreendido em sua totalidade.

Mais recentemente, no ano de 2006, o Ministério da Saúde lançou a nova diretriz para o SUS, por meio da Portaria 399, de 22 de fevereiro (BRASIL, 2006, on line), na qual institui o Pacto pela Saúde, com três dimensões de abrangência: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida possui algumas prioridades de atenção como: a saúde do idoso, o controle do câncer do colo do útero e mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento de respostas às doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica.

Sobre esta última, é o Saúde da Família que se torna a estratégia principal para o desenvolvimento das ações locais.

3 REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DO PSF

A maneira de pensar e lidar com as questões de saúde e doença vem adquirindo novas formas. O sistema de saúde brasileiro atual tem construído uma visão de atendimento das políticas públicas sobre os aspectos humanos e sociais.

O período de inauguração do capitalismo, século XVIII, promoveu por meio da Revolução Industrial, a substituição do homem pelas máquinas, fragmentando o trabalho e gerando condições precárias de saúde e saneamento básico.

No século XIX e século XX o conceito de progresso, por meio da intensificação do comércio, promoveu o aprimoramento da tecnologia e da ciência as quais se tornaram cada vez mais especializadas.

O impacto de todo este processo no ramo da saúde não foi diferente, trouxe a fragmentação aos serviços de saúde, os quais foram se especializando cada vez mais, burocratizando o sistema e, principalmente, acabou prejudicando a visão integral dos sujeitos, que hoje se procura obter nos atendimentos.

A construção de redes sociais nas políticas públicas tem se constituído em uma das ferramentas utilizadas para a construção desta visão integral, garantindo um atendimento às suas necessidades básicas e intermediárias da população.

A construção de estratégias das ESF, por meio do conhecimento de sua população, poderá auxiliar no acesso às necessidades básicas, de mudanças conceituais, de parcerias organizacionais, de participação política da comunidade, de utilização da cultura para a promoção da saúde e outros.

Segundo Pereira (2007, p. 157), “toda a visão de saúde da população tem a ver com a situação em que vive e com as contradições mais gerais da sociedade que também se expressam no setor de saúde”. Demonstrando que a visão holística dos usuários

das ESFs requer o trabalho multidisciplinar para um atendimento oferecido de forma integral.

3.1 As ESF no Brasil, dentro da atenção básica de saúde, têm um papel estratégico no SUS que é o de promover, prevenir e proteger a saúde da comunidade por meio da visão integral e garantia de acesso aos serviços por meio da proximidade com a comunidade. O que se questiona sobre este papel do PSF é se de fato ele acontece e se seu foco está tão centrado na família, há possibilidades de se considerar o todo deste processo de saúde? Será que este programa não se restringe á ações focalistas e de manutenção do status quo, como mais uma forma de controle da população em seus índices?.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal de 1988. Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região Cress/MG. In: **Coletânea de Leis**. 2. ed. Belo Horizonte, MG, 2003.

_____. Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região Cress/MG. In: **Coletânea de Leis**. 2. ed. Belo Horizonte, MG, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Municipalização é o caminho. In: Conferência Nacional de Saúde, 9.,1992, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. SUS - O Brasil falando como quer ser tratado - efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com para a qualidade de vida. In: Conferência Nacional de Saúde, 10.,1996, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde controle social. In: Conferência Nacional de Saúde, 11., 2000, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf>. Acesso em: 10 maio 2008.

MINAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, ano 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PINHO, D. B. **Trabalho e qualidade de vida**: desafio a sociedade latino-americana. São Paulo: Ícone, 1988.

SILVA, A. C. **Saúde da família, saúde da criança**: a resposta de Sobral. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

SILVA, J.A.N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 16, n. 2, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011&lng=pt>. Acesso em: 10 maio 2008.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. ampliada. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

YAZBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.