

# Artigos de Revisão

## O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

THE PROGRAM OF HEALTH FAMILY AND THE MODELS OF MEDICAL ASSISTANCE IN THE BRAZILIAN HEALTH REFORM

DEBORAH CARVALHO MALTA \*, FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS \*\*

### RESUMO

O texto faz um breve relato e caracterização dos modelos assistenciais implantados no Brasil, se detendo nas propostas de reorientação dos serviços alternativas ao modelo hegemônico, oriundas da reforma sanitária e pautadas nos princípios do SUS (Sistemas Locais de Saúde - SILOS, Cidades Saudáveis, Em Defesa da Vida, Programa de Saúde da Família - PSF). São destacadas as semelhanças das experiências apresentadas, como a participação dos principais atores no movimento da Reforma Sanitária, o surgimento da proposta integrando à academia -serviço e a implantação em municípios dentro de um processo político de quebra da hegemonia local. Analisa mais detidamente o PSF/PACS, seus avanços, limites e contradições, bem como as suas similaridades com formulações anteriores, notadamente a medicina comunitária. Conclui apontando a necessidade dos modelos assistenciais se adaptarem as realidades locais, ao novo perfil demográfico/epidemiológico e não perderem os referenciais do Sistema Único de Saúde, como a universalidade e a integralidade.

**Palavras-chave:** Saúde pública, modelo assistencial, programa de saúde da família

### INTRODUÇÃO

A discussão sobre os formatos de se organizar a assistência à saúde adquire grande importância no momento em que os diversos atores envolvidos (gestores, profissionais de saúde, órgãos formadores e entidades) debatem as várias possibilidades de intervir em saúde. Este artigo busca conceituar e apresentar os modelos assistenciais no Brasil, discutindo os acertos e limites na efetivação do sistema de saúde.

Entre os autores que conceituam o tema, Merhy<sup>1</sup> (1992) assinala: "Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entendemos, desse modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais". Paim<sup>2</sup> descreve modelos assistenciais como "combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individual e coletiva em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de

serviços de saúde.(...) Não se tratam de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam a práxis".

O sistema de saúde brasileiro percorreu um caminho evolutivo que passou por diversos modelos, refletindo tendências mundiais e diversos momentos de consolidação do capitalismo nacional e internacional, principalmente as tendências hegemônicas. Diversos autores abordaram esse tema com propriedade no último período. Por isso, nos limitaremos a um breve apanhado para efeito de contextualizá-los.

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

O *Sanitarismo Campanhista*, do início do século, estava ligado ao modelo econômico agroexportador, fortemente assentado na exportação cafeeira; exigia do sistema de saúde política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Este modelo se mostrava através de visão militarista de combate às doenças de massa, de concentração de decisões e de estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.<sup>3</sup>

O modelo, embora não hegemônico, continuou convivendo no aparelho de Estado, responsabilizando-se pelas ações coletivas e campanhas.

Esse formato de verticalização deixou profundas raízes na cultura institucional do Sistema de Saúde brasileiro, cujo comportamento estende-se para outras ações conduzidas pelo Ministério da Saúde, como os seus inúmeros programas centralizados, que dispõem de administração única e vertical, constituindo conjunto de normas e pressupostos definidos centralmente, gerando pequena ou nenhuma integração com as demais ações assistenciais. Todo o esforço de democratização e descentralização após a criação do SUS não conseguiu reverter esse formato.

\* Médica Sanitarista da Prefeitura de Belo Horizonte, Mestre em Epidemiologia pela UFMG, Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP  
\*\* Médico Sanitarista da Prefeitura de Belo Horizonte, Doutorando em Saúde Coletiva pela UNICAMP

Endereço para correspondência  
Deborah Carvalho Malta  
Rua Gravataí, 40/201, Serra  
Belo Horizonte - MG. CEP 30240 - 070  
(31) 3223-3960  
E-mail: dcmalta@uol.com.br

O modelo *Liberal Privatista*, ou *Médico Assistencial Privatista*, teve início no Brasil com o surgimento da *Assistência Médica Previdenciária*, na década de 20, sob a influência da Medicina Liberal, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. O importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva. Expandiu-se a partir da década de 40, dando início à compra de serviços privados. Esse formato serviu como um embrião e um catalisador do modelo liberal privatista que se acentuou após 1964 através da rede privada contratada, constituindo, na década de 90, 76% da oferta de leitos no país. Grande parte do financiamento para a expansão do setor privado veio do setor público, em consonância com a política de sustentação do capital, a partir do Estado. Esse modelo constituiu-se no modelo neoliberal de organizar serviços, sendo hegemônico no país.<sup>4</sup>

A criação do INAMPS na década de 70 conferiu um novo impulso a esse modelo de assistência. O setor público, na prática, é responsável por parcela significativa do financiamento e sustentação do modelo, já que a grande maioria dos leitos hospitalares e apoios diagnósticos são "comprados" diretamente do setor privado. A prestação de serviços privados cresceu enormemente no período, devido à facilidade das condições oferecidas pelo Estado: capital fixo subsidiado pelo governo (FAS), quase sem risco empresarial e nenhuma competitividade. A dicotomia preventivo/curativa foi cristalizada formalmente com a criação do Sistema Nacional de saúde em 1975, no qual as questões assistenciais ficavam a cargo da Previdência Social e as ações ditas coletivas passavam a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Paralelamente, ocorreu a expansão do Convênio-empresa, estimulada pela Previdência e que, na década de 80, passou a ocupar um espaço significativo na atenção médica no Brasil: a atenção médica suplementar. Este setor rapidamente se constituiu, passando a prescindir do Estado nas suas relações comerciais (planos individuais ou coletivos – empresariais ou não), mas se alicerçando no poder público, seja através da renúncia fiscal, seja na utilização do sistema público para o atendimento considerado de alta complexidade ou custo.

O modelo médico assistencial privatista é assim definido: o Estado é financiador direto e indireto (renúncia fiscal), o setor privado é prestador e o setor privado internacional é fornecedor de equipamentos biomédicos. O Estado oferta políticas compensatórias, através de ações simplificadas, para se legitimar.

A *Medicina Comunitária* surge nos anos sessenta, nos Estados Unidos, numa conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual, em torno de questões como direitos humanos, guerra do Vietnã, racismo e pobreza. Buscava-

se a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando-se a regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária, introdução de outras categorias profissionais na assistência.<sup>5</sup> Nos Estados Unidos, sua implantação foi baseada nos centros comunitários de saúde, focalizando setores minoritários e deixando intocada a assistência médica convencional.<sup>4,6,7</sup>

Na América Latina, programas de saúde comunitária foram implantados na década de 60, principalmente na Colômbia, no Brasil e no Chile, sob o patrocínio de fundações norte-americanas e endossadas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS), na expectativa de que o efeito demonstração pudesse influenciar os sistemas de saúde no continente. Em 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela OMS, reafirmou a saúde como direito do homem e estabeleceu a atenção primária como estratégia para se conseguir a Saúde Para Todos no Ano 2000.<sup>7</sup> A OMS passou a ser, então, a maior difusora da filosofia da atenção primária e o Banco Mundial, o maior financiador dessas políticas.

No Brasil, a Medicina Comunitária encontrou nos Departamentos de Medicina Preventiva espaços de ampliação e reciclagem, resultando em propostas ampliadas de intervenção que se materializaram nas experiências de atenção básica como as de Montes Claros, Paulínea, etc. Outras propostas de modelos de assistência, oriundas dos países centrais, também passaram por esse processo de reciclagem e ampliação ao se defrontar com as mediações necessárias para suas operações.<sup>8,9</sup> As principais características da Medicina Comunitária são: a) o resgate da preocupação com a saúde dos grupos populacionais, embora se restrinja à população local, não se remetendo aos contextos sociais mais amplos e diluindo as determinações macrossociais; b) as ações preventivas e curativas, vistas como serviços básicos, são oferecidas universalmente, especialmente aos grupos vulneráveis e de risco; c) a estruturação do serviço é hierarquizada, os serviços de atenção primária, de natureza simplificada, funcionam como porta de entrada do sistema; d) a utilização de pessoal auxiliar treinado, orientado pelos profissionais de nível superior, visando à extensão de cobertura, inclusão de práticas médicas alternativas, busca aumentar a eficácia e a aceitação da população, bem como a revisão da tecnologia incorporada, objetivando redução de custos; e) a participação comunitária é incentivada, como forma de envolver a população na solução dos seus problemas.<sup>4,6</sup>

Ao estender a assistência médica, principalmente a primária, a amplas camadas da população até então, excluídas do acesso à saúde, a Medicina Comunitária acaba por favorecer a acumulação de capital na indústria de saúde, pois, de forma racionalizada, expande os

núcleos de consumo de produtos médicos. O que parece ser o grande problema verificado na época, os altos custos referentes à atenção médica, não são resolvidos pela Medicina Comunitária, porque esta, ao oferecer uma opção alternativa à configuração do modelo assistencial, não consegue se contrapor aos núcleos filosófico e operacional do modelo médico hegemônico, fundado na ideologia positivista flexneriana. Sua incapacidade de alterar os atos do cotidiano, os quais determinam em grande medida o modo de se produzir saúde, coloca em questão a proposta da Medicina Comunitária e sua potência para alterar a lógica do procedimento médico centrada, do modelo assistencial. Outra contradição está colocada na noção "restrita" de comunidade, reforçando a explicação e a busca de solução local para os fenômenos de saúde e de doença, induzindo à ilusão de que a "comunidade decide seu destino".<sup>4,5,6,10,11</sup>

#### A REFORMA SANITÁRIA E AS PROPOSTAS ASSISTENCIAIS SURTIDAS NO SEU ÂMBITO

Os anos 70 são ricos em mobilização e férteis no sentido de conformar na saúde um movimento: a Reforma Sanitária. Segundo Fleury<sup>12</sup>, *"o projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia...: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática"*. Escorel<sup>13</sup> define o movimento da Reforma Sanitária como *"conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto"*. São identificados pela autora três tipos de prática que caracterizam o movimento: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais).

Nessa conjuntura amplia-se o debate sobre estratégias de transformação social, com vistas à implantação de determinado projeto político ou de construção de novo bloco histórico. O pensamento estratégico, que em Matus e Testa tem seus maiores expoentes, conquista lugar significativo no campo da Saúde Coletiva neste período, uma vez que o que está em jogo é a ocupação paulatina de espaços políticos no interior do aparelho do Estado. O Estado é visto como arena de luta, possibilitando compreensão estratégica das políticas de saúde e a construção de projetos contra-hegemônicos.<sup>14,15</sup>

Todo o movimento em torno do projeto contra-hegemônico, desde os anos 70, confluiu na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na formatação de um relatório final que, em 1988, no texto constitucional, deu o arcabouço jurídico para este projeto, resultando em três aspectos fundamentais: a) a saúde define-se num contex-

to histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo o resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de cidadania e dever do estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular.<sup>16</sup>

As estratégias traçadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, para sua viabilização, foram eficazes no sentido de: a) garantir-se um arcabouço jurídico na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde - 8080, de 1990, além de leis estaduais, responsáveis pela definição de diretrizes e reafirmação da responsabilidade do Estado na promoção da saúde; b) mobilização da sociedade civil e suas organizações com a questão da saúde, definindo-se, inclusive, espaços colegiados; a Lei 8.142, de 1990, assegurando o papel dos Conselhos e Conferências; c) utilização da via institucional, através da implantação de novo Sistema de Saúde, identificado com as diretrizes da VIII Conferência (universalidade, integralidade, equidade, etc), que foram se materializando através de diversas experiências concretas. A descentralização do sistema através da municipalização, a partir de 1990, propiciou a materialização de diversas experiências que, na prática, têm buscado a concretização cotidiana desse ideário.<sup>3,4,16,17,18,19</sup>

A política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, inscreveu-se nos textos jurídicos-legais um modelo baseado na concepção universalizante; de outro, concretizaram-se práticas sociais caracterizadas pela exclusão social, em que o acesso aos serviços é seletivo, em função das diferentes inserções sociais, além de ser fixado na atenção médica.<sup>3,18</sup>

Existiram limites concretos nas tentativas de implantação do projeto da Reforma Sanitária, sendo o principal deles a crise fiscal do Estado com o constrangimento dos investimentos sociais em favor do pagamento da dívida externa, levado a cabo pelas políticas econômicas dos seguidos governos. Entretanto, a principal restrição dá-se no campo da disputa onde o modelo médico hegemônico se impõe.

No processo de formulação de propostas de reorientação dos serviços, apresentaram-se alternativas ao modelo hegemônico, pautadas nos princípios do SUS. Com a municipalização, surgiram experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde. Cada uma dessas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais, apoiando-se em doutrinas elaboradas pela saúde coletiva, no corpo programático de entidades como a OMS/OPS e mesmo em linhas reformistas do pensamento clínico. A atuação de partidos políticos, movimentos sociais e agrupamentos específicos (como o da reforma psiquiátrica)

também contribuíram para a construção e a experimentação de distintos modelos de atenção.<sup>20</sup> As experiências apresentam semelhanças no sentido de que os atores principais participaram do Movimento da Reforma Sanitária, as propostas surgiram da integração academia-serviço e sua implantação foi possível em municípios por estarem inseridas dentro de processo político de quebra da hegemonia local, através de articulação partidária no campo democrático popular.

## SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), vistos como marcos conceituais, foram apresentados, em 1986, na Conferência Sanitária Pan-americana, propondo um modelo distritalizado com base em níveis hierarquizados de atenção. Segundo Paim & Almeida<sup>7</sup>, na década de 80, os princípios da saúde comunitária estão integrados às primeiras iniciativas de reforma da saúde nos países subdesenvolvidos já com o rótulo atualizado de SILOS.

Os SILOS se inserem no processo de democratização da sociedade, através da criação de mecanismos que permitam a participação da sociedade no processo de planejamento, execução e avaliação. Preconizam a ênfase na intersetorialidade, em atividades no nível local e em todas as esferas do governo. Os conhecimentos devem ser integrados, empregando-se as tecnologias disponíveis, adequando-se o financiamento e dotando-se recursos necessários para a garantia da atenção integral à saúde e seu financiamento. O modelo busca a maior articulação da rede de serviços, racionalizando os gastos e esforços. A meta de oferecer serviços a todos, com equidade e eficiência, implica em esforço técnico-administrativo, capacitação de recursos humanos, recursos físicos e insumos, desenvolvimento de sistema de informação que permita análises epidemiológicas desagregadas até o nível de microrregiões, permitindo a reorientação dos serviços de saúde para o enfrentamento dos problemas identificados. Os programas de formação e mecanismos de difusão do conhecimento sobre os problemas da população são estratégias empregadas para a capacitação da força de trabalho. Essa proposta foi difundida em todo o mundo pela OMS, em especial na América Latina, pela OPAS.

Os princípios básicos da proposta de distritalização constituem-se na descentralização e no planejamento locais, como forma de exercício de autonomia; na organização por problemas, estabelecendo-se as prioridades de intervenção e visando ao impacto nos indicadores de morbimortalidade; na intervenção com base territorial, adscrevendo-se a clientela vinculada e estabelecendo a responsabilidade da equipe; na participação popular, por

meio de mecanismos criados pela própria população, bem como a co-responsabilidade entre serviços e população; na hierarquização dos serviços.

A proposta utiliza alguns conceitos-chaves, como *território, problema e práticas sanitárias*. O *território-processo* é concebido como espaço em permanente construção, fruto da disputa de sujeitos sociais, numa determinada arena política. Ele retrata ainda as desigualdades sociais. O reconhecimento do território favorece a *identificação dos problemas* de saúde ali contidos, permitindo-se aos atores portadores de um determinado projeto de saúde articular um conjunto de operações interdisciplinares, para solucioná-los. As *práticas sanitárias* são as práticas de saúde articuladas com a totalidade social, em suas dimensões econômicas, políticas e ideológicas.

São realizados diagnósticos de saúde, através de informações sócio-sanitárias disponíveis, identificando-se as cadeias epidemiológicas e os nós críticos. São identificados recursos e atividades e analisadas as relações de poder no setor saúde e, então, defini-se o planejamento local, para estruturar a oferta de serviços, atendendo à demanda epidemiologicamente identificada e captando os usuários provenientes da demanda espontânea. A Vigilância em Saúde constitui-se, como prática sanitária, de organização dos processos de trabalho em saúde, para enfrentamento dos problemas contínuos. Por sua vez, a organização dos serviços faz-se de forma hierarquizada, com grande ênfase na atenção primária, com atendimento organizado por grupos populacionais e ênfase na promoção. Os demais níveis não são muito enfatizados.

Algumas críticas podem ser feitas a essa formulação. Primeiro, ela se centra na definição de problemas, que é dada a partir dos saberes epidemiológicos e higienistas, afastando, assim, a possibilidade de se considerarem problema de saúde aqueles que são portados pelos usuários: seus sofrimentos, suas necessidades. Segundo, tangencia o modelo hegemônico, convivendo com o modelo médico de produção de serviços, restringindo sua intervenção à atenção básica, limitando sua atuação aos problemas priorizados, não enfocando a gestão do sistema na sua totalidade.

Esta proposta acaba por não dar combate frontal ao modelo médico hegemônico, repetindo o confronto Saúde Pública *versus* Medicina, deixando para os médicos neoliberais as práticas de saúde que intervêm sobre o sofrimento/doença. Paradoxalmente, pelo uso do arsenal do planejamento estratégico situacional, pode ser um fator de instigamento de suas próprias limitações, quando operado por gestores governamentais efetivamente comprometidos com a participação e a democracia no âmbito das políticas setoriais.<sup>21</sup>

## CIDADES SAUDÁVEIS

A proposta de Cidades Saudáveis nasceu em Toronto, Canadá, em 1984, como parte de uma conferência sobre políticas públicas saudáveis, numa tentativa de dar seqüência à doutrina de promoção à saúde, formulada na Carta de Ottawa. A carta define os compromissos que uma cidade assume, ao entrar numa rede, que seriam: a) formular políticas públicas saudáveis nos distintos setores; b) criar entornos físicos e sociais saudáveis; c) estimular a participação popular; d) desenvolver a habilidade das pessoas de manter e melhorar a saúde; e) trocar informações; f) desenvolver políticas públicas referidas pela equidade.

A proposta ganhou a adesão de cidades européias e da OMS, chegando à América Latina e Caribe na década de 90, junto com a implantação dos SILOS.<sup>22</sup>

As diretrizes consistem no entendimento da saúde como busca da melhoria da qualidade de vida, compreendendo-a como parte do desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis. A saúde é vista como respeito à vida e ao ecossistema. A população é incentivada a participar e influir na gestão do sistema, além de se buscar que cada cidadão assuma mudanças no estilo de vida, cuidando, assim, do seu bem-estar. São seguidas as recomendações dos SILOS quanto à reorientação dos serviços de saúde e, principalmente, à grande ênfase na intersectorialidade, que é a principal estratégia para articulação política e operacional na promoção da saúde, baseando-se na implantação em nível local, sendo conduzida pelas autoridades municipais. A estratégia gerencial exige parceria entre o governo municipal e a população, estimulando-se a participação popular.<sup>22</sup>

A cidade de Curitiba (PR) é um expoente dessa modelagem. Os agentes de saúde foram colocados no modelo, permitindo maior articulação com a comunidade. Investiu-se nas referências especializadas e na urgência, bem como na rede hospitalar. A facilidade na condução deu-se na continuidade administrativa, com sucessivas administrações municipais alinhadas ao mesmo projeto política-ideológico.<sup>4,22</sup>

Os elementos identificados como críticos nessa proposta são: enfoque excessivo na intersectorialidade e no papel da população na produção da saúde, reduzindo o papel específico desempenhado pelos serviços de saúde, a não-intervenção na integralidade do sistema e a redução do papel gestor da autoridade sanitária.<sup>20</sup>

## EM DEFESA DA VIDA - A PROPOSTA LAPA-UNICAMP

Esta proposta surgiu como formulação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP/LAPA (Laboratório de Administração e Planejamento), no final da década de 80, tendo sua implantação no município de Campinas, seguindo-se outras localidades como Paulínea, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Volta Redonda, entre outras.<sup>4,23</sup>

Buscava-se um modelo que pudesse transpor os princípios aprovados para o setor Saúde nos textos constitucionais – universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade, qualidade e responsabilidade – para a realidade. A resposta do Planejamento Estratégico Situacional era insuficiente, os modelos sugeridos não continham propostas para o trabalho médico e o atendimento ao indivíduo doente. A sistematização da proposta "Em Defesa da Vida" foi divulgada na IX Conferência da Saúde, em 1992. Os princípios que a norteiam: a saúde com o direito de cidadania e a conseqüente reorganização dos serviços e do processo de trabalho em saúde, de forma a humanizar as relações entre trabalhadores e usuários, buscando a identificação das necessidades que portam os usuários e a garantia de acesso ao serviço e recursos tecnológicos necessários; a gestão democrática e o controle social, garantindo-se o acesso à informação, e a atuação dos setores sociais nas definições dos rumos da política de saúde e na democratização das relações entre o Estado e sociedade.<sup>1,14,15,18,19</sup>

Como diretriz operacional, defende-se a construção de Serviços de Saúde que, através da mudança do processo de trabalho em saúde, acolham os usuários, possibilitando a identificação dos "problemas de saúde" que eles trazem, ou seja, criando vínculos e se responsabilizando pela saúde desses usuários. Além disso, mobiliza-se todo o conjunto de "opções tecnológicas" na direção da resolubilidade, buscando promover a saúde no plano individual e coletivo e contribuindo efetivamente para aumentar a autonomia do usuário no seu viver. O controle social e a gestão são viabilizados pela garantia de espaços de participação dos usuários e pelo acesso de informações político-institucionais dos serviços.<sup>26</sup>

A vinculação com a epidemiologia dá-se com a corrente latino-americana, referindo-se, entretanto, à sua limitação na percepção dos problemas de saúde, em especial os aspectos individuais e subjetivos do adoecer, os desejos e interesses articulados na composição da demanda aos serviços.<sup>14,15,26</sup>

Na proposta de modelo de gerência, foram adotados autores como Carlos Matus e Mário Testa, e toda a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. Adotou-se a noção de "caixa de ferramentas", que dá à metodologia caráter flexível, adaptando as ferramentas do planejamento ao cotidiano da equipe de saúde e à construção de novo desenho organizacional para as unidades de saúde e para a gestão.<sup>15,26</sup>

A teoria da ação comunicativa de Habermans, a análise institucional e os elementos da psicanálise contribuíram para a compreensão dos problemas institucionais e os interesses em jogo, articulando projetos que incluem vários atores e os diversos interesses e influenciaram a

atuação da equipe de saúde, para ampliar a capacidade de perceber a demanda e articular respostas mais adequadas.<sup>15,26</sup> O processo de trabalho foi discutido a partir das contribuições de Mendes Gonçalves<sup>25</sup> e Mehry<sup>21</sup>, através da análise da micropolítica do trabalho.

A proposta do LAPA postula a flexibilização dos critérios de hierarquização, pois o perfil das Unidades Básicas seria definido pela configuração de demanda da população. A estruturação do nível primário de atenção torna-o mais complexo em atribuições. A equipe da unidade básica é multiprofissional, dispõe de especialistas médicos básicos (pediatras, clínicos e ginecologistas) e incorpora equipamentos e tecnologias que aumentam a resolubilidade, conforme as necessidades<sup>18,26</sup>. Nesse sentido, são elaboradas e implementadas estratégias como o acolhimento do usuário, que visam modificar o processo de trabalho em saúde, humanizando as relações trabalhador/usuário. Assim, busca-se a vinculação entre o usuário e a equipe, responsabilizando-se cada membro da equipe no acompanhamento do problema. A autonomia da equipe é estimulada na criação do projeto terapêutico, constituindo-se equipes com razoável grau de responsabilidade técnica, profissional e gerencial. Os saberes técnicos das equipes são estimulados, de forma a ampliar o "campo de saber", potencializando-se as respostas da equipe, a integração da equipe multidisciplinar, enfim, ampliando-se as "tecnologias leves" ou o saber que o profissional detém no atendimento das necessidades portadas pelo usuário. Esse processo envolve pacto negociado de metas entre gerência e equipes em torno do projeto, cujos resultados são avaliados por meio de indicadores. Em algumas experiências foram introduzidos dispositivos, como a premiação por desempenho da equipe, e em outras foram implantados os colegiados de gestão, democratizando e horizontalizando a gestão.<sup>14,19,23,20,26,27,28</sup>

Algumas experiências foram realizadas na assistência hospitalar, estabelecendo-se também no hospital as noções de vínculo, responsabilidade e acolhida. A gestão foi horizontalizada e criaram-se "unidades de produção", estabelecendo-se contratos e metas entre essas unidades.<sup>1,14,15,18,19</sup>

O principal obstáculo encontrado para a perenidade dessas proposições foi os diferentes tipos de discontinuidades administrativas, que inviabilizaram, em diversos momentos, a consecução final das mudanças propostas.

A principal crítica à proposta como modelo é que, apesar de nos seus pressupostos estarem colocados os princípios do SUS (universalidade, integralidade e democratização), não foram desenvolvidos instrumentos para a intervenção na gestão do Sistema de uma forma mais totalizante. Os instrumentos estão vinculados a uma forma de fazer e operar as unidades de saúde, sejam ambulatoriais ou hospitalares.

## PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E O PACS (PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE)

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde, em 1994. Existiam experiências anteriores em alguns municípios como Niterói (RJ) e Itacarambi (MG), entre outros. A principal referência era a experiência cubana. Desde então, ela tem sido adotada pelos diferentes níveis de governo como estratégia para reorganização dos serviços de saúde. Já o PACS foi institucionalizado em 1991 a partir de experiências isoladas e focalizadas em algumas regiões do país (Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará – neste último como política do estado).<sup>29</sup>

Segundo Paim<sup>2</sup>, o PACS foi apresentado em 1991 pelo governo Collor com a finalidade de estender a cobertura de ações a populações rurais e de periferias urbanas, voltado especialmente ao público materno infantil. O PACS pode ser considerado proposta assistencial limitada na sua potência por referência ao conjunto de intervenções de amplo alcance que estruturaram o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Sua extensão deu-se rapidamente nas áreas de baixa cobertura, especialmente no Nordeste brasileiro. Assim, o próprio Ministério da Saúde mudou a ênfase para o PSF, por agregar novos elementos que pudessem potencializar a proposta reduzida do PACS.

A partir de 1998, com a implantação efetiva da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB/96), introduz-se forte elemento de incentivo à propagação do programa através de financiamento específico. Observa-se, a partir de então, rápida expansão do programa, com o Ministério da Saúde estabelecendo metas e vinculações de transferências de recursos financeiros a implantação e expansão do mesmo. Os municípios passaram a se adequar a um formato único de prestação de assistência, muitas vezes desconhecendo a sua realidade epidemiológica, as características da rede, os recursos humanos existentes, implantando o PSF segundo um modelo predeterminado.

Para o Ministério da Saúde, nos seus documentos oficiais, o PSF ressurgiu com o propósito de superação de modelo de assistência à saúde, marcado pelos serviços hospitalares, no atendimento médico e ação curativa.<sup>30</sup> Alguns segmentos técnicos do MS e certos autores consideram o PSF como "estratégia de reorganização da atenção básica no país".<sup>22,31</sup>

A atenção estaria centrada na família, percebida a partir do seu ambiente físico e social. Assim, o PSF teria "caráter substitutivo" das práticas convencionais de assistência, por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde. Baseia-se na territorialização e adscrição da clientela, trabalhando-se com a população adscrita de, no máximo, 4.500 pessoas por equipe. A equipe de Saúde da Família é

composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).<sup>30</sup> As funções da equipe são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório por médico e enfermeira, sendo normatizadas fortemente pelo Ministério da Saúde. A Unidade de Saúde da Família está inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

Algumas questões sobre o PSF merecem ser destacadas para discutir os seus limites e sua capacidade de se tornar hegemônico como modelo de assistência da atenção básica no Brasil. Pretendemos, com essa reflexão, apontar situações que reduzem a potência do PSF, contribuindo assim para o seu aperfeiçoamento.

O formato e a organização do processo de trabalho adotado até então contém alguns limites, como a concepção de um formato único para todo o país e equipes, minimizando as diferenças locais, desconhecendo o atendimento à demanda espontânea, como se o referenciamento e a adscrição da população à equipe de saúde da família conseguissem responder pela totalidade das necessidades de atenção à saúde dos usuários. O PSF trabalha a idéia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiénico” da população e, dessa forma, prevenir os agravos à saúde.<sup>11</sup> Aqui cabem algumas reflexões, como a perspectiva de se trabalhar com a resposta ao sofrimento dos usuários e a necessidade de ter as portas de entrada das unidades sempre abertas para eles, não tentando engessar ou negar essa demanda. Torna-se incorreto o pressuposto de que, ao organizar a assistência no território e desenvolver ações de promoção, teremos reduzida ou findada a atenção à demanda, como se essa fosse sinônimo de serviços desarticulados. Na medida em que organizamos as unidades, em especial a da atenção básica, teremos um reconhecimento pela população dos serviços prestados, podendo-se até mesmo elevar-se inicialmente a procura pelos mesmos. Na adequação a esses problemas, cabem investimentos em recursos humanos e físicos, além do acolhimento dessa demanda, estabelecendo outra interação com esses usuários, vinculando-os e estabelecendo a abordagem adequada a cada um, além de acompanhá-los na linha do cuidado.

Na implantação do PSF, adotou-se a institucionalização de uma nova modalidade de recursos humanos no SUS: a terceirização dos médicos, enfermeiras e agentes comunitários, em substituição aos funcionários concursados. Isso tem gerado descontinuidades das equipes. Conforme Noronha<sup>34</sup> (2001), “*sob o argumento de modernização gerencial, eliminou-se a figura do servidor público através da flexibilização e da desregulamentação das relações de trabalho gerando um total descompromisso do serviço com a população atendida. (...)*

*Deve-se refletir o quanto a utilização desses mecanismos apontam na direção à reforma do estado neoliberal e na consecução do estado mínimo, tanto em investimentos, quanto em atribuições*”. A construção de um novo modelo de assistência implica investimento em recursos humanos.

O PSF mistifica o médico generalista, como se essa “especialidade” médica conseguisse implementar novas práticas de saúde junto a população. Cabe indagar se não seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade os profissionais já existentes no mercado, principalmente os médicos das áreas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica geral), inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres, responsabilizando-os por determinada clientela, o que permitiria um processo de transição e não geraria a desestruturação das redes assistenciais existentes.<sup>11</sup>

Viana & Dal Poz<sup>29</sup> caracterizam o momento da institucionalização do PSF como um período de “*vazio programático*”. A proposta dos SILOS não tinha se expandido e/ou consolidado e as três esferas de governo não apresentavam nenhuma proposta mais acabada para a atenção básica. O PSF assume, então, essa característica, possibilitando que diversos municípios que não tinham rede estruturada de serviços pudessem intervir na atenção à saúde de sua população. As características positivas do PSF dizem respeito, principalmente, à adscrição de clientela, à responsabilização, ao vínculo com a equipe e à humanização das relações usuários / sistema de saúde, o que possibilita criar referências dos usuários em relação a uma dada equipe e responsabilizá-la pela assistência àquela população, embora esses dispositivos sejam utilizados em outros modelos assistenciais, inclusive em hospitais, como mecanismo de mudança das relações e da melhoria na produção do cuidado em saúde.

Segundo Paim<sup>2</sup>, “*apesar da relevância do PSF/PACS, faltam evidências que apontem tais programas como estratégia suficiente para reorientação dos modelos assistenciais dominantes. As experiências positivas verificadas em distintos municípios (...) estão distantes de alterar o SUS real e de transformar o sistema de saúde brasileiro.*”

## DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE MODELO PARA O SUS

Como conclusão deste ensaio, gostaríamos de ressaltar o comportamento circular das diversas propostas formuladas ao longo do tempo e que, recorrentemente, buscam os conceitos e as bases norteadoras das propostas formuladas anteriormente e não conseguem romper com o modelo assistencial hegemônico. No máximo, tangenciam suas bases concretas de atuação. Assim foi com a medicina pre-

ventiva, a medicina comunitária, a proposta de sistemas locais de saúde, as "cidades saudáveis" e, agora, o PSF.

Segundo Arouca<sup>8</sup>, o movimento preventivista possuía baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e alta densidade ideológica por uma construção teórica-ideológica dessas relações. Qualquer modelo, mesmo que oriundo do ideário da reforma sanitária, pode repetir essa situação ao não questionar os determinantes do processo saúde/doença e não propor política assistencial que totaliza a integralidade da atenção. Para que os modelos alternativos possam romper essa situação, é necessário que se reverenciem nos pressupostos de garantia do acesso e acolhimento aos usuários, responsabilização/vínculo, integralidade na assistência, democratização (participação de trabalhadores e usuários na gestão), gestão pública e adequação à realidade local.

Em relação aos principais problemas encontrados, podemos citar o risco de implantação de programas que visem à extensão de cobertura e certas "simplificações" e racionalizações, constituindo-se "Subsistemas" de atenção aos pobres, se não enfocados dentro da integralidade, não integrando a rede de serviços e não definindo a rede de referência.

Quanto à preocupação com a gestão integral do Sistema, poderíamos dizer que todas as propostas apresentam debilidades, não sendo enfocada a gestão na sua totalidade por nenhuma das propostas alternativas.

Como exemplo de uma intervenção que perpassa todo o sistema, poderíamos apontar a inversão de modelo na saúde mental, que mesmo não abrangendo todas as modalidades assistenciais, atravessa todo o sistema, intervindo e redirecionando o acesso, visando à desconstrução do modelo manicomial. Reformatam-se desde a atenção básica, a referência secundária, a urgência, a referência e contra-referência, a regulação do setor privado e conveniado, enfim, todos os níveis do sistema. Em nenhuma outra proposta conseguiu-se atravessar e invadir todos os níveis assistenciais. Isso nos leva a refletir que, efetivamente, conseguiremos êxito se partilharmos dessa mesma estratégia, mudando toda a lógica de prestação de serviços, intervindo na prevenção, na porta de entrada, até nos níveis mais complexos de atenção.

Ao formular proposta de modelo assistencial para o SUS, devem buscar respostas para o enfrentamento dos atuais problemas de saúde e também dos problemas futuros, ou seja, do ponto de vista da transição demográfica e das evidências que apontam para uma sociedade com mais pessoas idosas e menos jovens. Nesse sentido, Goulart<sup>9</sup> aponta alguns aspectos que um modelo tecno-assistencial deveria conter: a) garantir a universalidade, a integralidade e a equidade; b) a atenção a grupos popu-

lacionais específicos (idosos, adolescentes e outros); c) atenção a doenças crônicas, tendo em vista os custos crescentes e a incorporação tecnológica; d) metodologias e tecnologias de educação e promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, entre outros. Poderíamos acrescentar outros desafios, como a abordagem à violência, a transição nutricional, as doenças reemergentes, entre outros, todos exigindo novas reflexões no enfrentamento de uma nova agenda da saúde coletiva para o milênio.

Considerando-se os desafios de construir um sistema de saúde universal, equânime e de qualidade, deve-se persistir na aposta de buscar alternativas diversas, referenciadas nesses princípios, entendendo-se que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo apenas um formato único e possível dela. Por se representar território tenso e aberto, sempre emergem novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado.<sup>23</sup>

## SUMMARY

The models of medical assistance implemented in Brazil are described and qualified. It focuses specifically on the proposals for restructuring the services which were presented as alternatives to the existing model are focused. The alternative proposals had their origin in the movement for Health Reform and were developed based on principles of the Unified Health System (SUS) programs such as Local Health Systems (SILOS), Healthy Cities, In Defense of Life, Family Health Program. The similarities of the presented experiences are highlighted: the participation of protagonists of the movement for Health Reform, the development of the proposal for Service-Academy integration, and the implementation of alternative models in communities as part of a movement of departure from the existing model. The PSF/PACS is examined in greater detail: its advances, limitations and paradoxes, as well as its similarities with prior elaborations, in particular with that of community medicine. It is concluded that there is an urgent need of adjusting the assistance models to the local realities, to the new demographic and epidemiologic profiles of the community; as well as not to lose some of the distinct characteristics of the Unified Health System (SUS), such as the principles of universality and of integrality.

**Keywords:** Public health, models of medical assistance, program of family health

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992. (Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento, v. 1)
- 2- Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol Z, Almeida E. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.489-503.
- 3- Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, Organizador. *Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 4- Silva Jr. AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde, o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
- 5- Paim JS. Medicina comunitária, introdução à uma análise crítica. *Rev Saúde Déb* 1976; 1:9-12.
- 6- Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
- 7- Paim JS, Almeida NF. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública* 1998; 32 (4):299-316.
- 8- Arouca ASS. O Dilema preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. [Tese Doutorado] Campinas :FCM,/UNICAMP; 1975.
- 9- Goulart FA. Cenários Epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. *Inf. Epidemiol do SUS* 1999; 8(2):17-26.
- 10- Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde Soc* 1994; 3(2):5-21.
- 11- Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. Campinas: UNICAMP; 1999. 23p. Mimeografado.
- 12- Fleury S. A questão democrática da saúde. In: Fleury S, Organizador. *Saúde e democracia, a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997.
- 13- Escorel S. Revirada na saúde. *Tema/Radis* 1988; 11:5-7.
- 14- Campos GWS. A Saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 15- Cecílio LCO, Organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 16- Brasil. Constituição Federal. Capítulo da Saúde, Brasília, 1988.
- 17- Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990.
- 18- Campos GWS. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
- 19- Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar ao ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, Organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 20- Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. In: Merhy EE, Onoko R, Organizador. *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 21- Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates no planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E. Razão e planejamento, reflexões sobre política estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
- 22- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
- 23- Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993- 1996. [Tese Doutorado] Campinas: FCM/UNICAMP; 2001.
- 24- Merhy EE. A Saúde pública como política - um estudo dos formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec; 1992.
- 25- Gonçalves, RBM. Medicina e história. raízes sociais do trabalho médico. [Dissertação Mestrado] São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1979.
- 26- Merhy EE, Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, Organizador. *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 27- Malta DC, Ferreira LM., Reis AT, Merhy EE. Acolhimento - mudando o processo de trabalho em saúde, um relato da experiência em Belo Horizonte In: Campos CR et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*. Belo Horizonte: XAMÁ VM ED; 1998.
- 28- Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*. Belo Horizonte: XAMÁ VM ED; 1998.
- 29- Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS. Rev Saúde Coletiva* 1998; 8(2):11-48.
- 30- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília; março de 1996.
- 31- Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde da Família* 1996; 1:3-9.
- 32- Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Campinas: UNICAMP; 1997. Mimeografado
- 33- Terris M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. 3a ed. México: Siglo Veintiuno, 1987.
- 34- Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciê & Saúde Col* 2001; 6 (2):445-50.